



**Universitat de les
Illes Balears**

Departament de Filosofia i Treball Social
Programa de doctorado de Filosofía (2011)

Tesis Doctoral

**Dependencia y entorno residencial
y familiar de las personas mayores
de 75 años que viven solas:
Autopercepción y comportamiento**

Doctoranda

Julia Gallo Estrada

Director

Dr. Alex Miquel Novjara

Departament de Filosofia i Treball Social
Universitat de les Illes Balears

Cuando la que falta es la libertad, la seguridad se vive como una esclavitud o una prisión (Bauman, 2009:52).

AGRADECIMIENTOS

Tanto en lo académico como en lo personal, estoy en deuda con mi director de tesis, el Dr. Alex Miquel; la manera que se me ocurre para resumir los motivos es referenciar su *habitus*.

Agradezco al Profesor Fernando Conde su construcción de puentes entre la práctica y la teoría, tan útiles para el lector; además de su generosidad por acompañarme en este acercamiento a la investigación cualitativa.

Mi reconocimiento al equipo de FIS con el que se relaciona esta tesis (María Taltavull, Jesús Molina, Rosa Adrover y Dolores Sales) por hacer fácil lo que hubiese podido ser difícil.

Al Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto Carlos III, mi gratitud, por la financiación del proyecto: "Factores que modifican la dependencia en personas mayores que viven solas" con el que relaciona esta tesis.

A mi familia por su generosidad y su sentido de la vejez.

A mis amigos por estar a mi lado y devolverme mi otro yo.

A mis compañeros de Kyudo por lo que he aprendido con ellos, dentro y fuera de la práctica.

A mis compañeros de Departamento y Escuela por el apoyo que me han brindado.

A las personas que me facilitaron la entrada en el campo para la realización de las entrevistas por el interés manifestado por el trabajo.

A los participantes del estudio, por su tiempo, por ser los protagonistas de este trabajo, por su disposición y por lo que con ellos he aprendido.

Y quiero finalmente agradecer también a todos los que como yo creyeron que este trabajo podía contribuir a que las personas mayores sanas y enfermas sean cuidadas como se merecen.

RESUMEN

La vejez es la etapa de la vida en la que es mayor la proporción de personas con discapacidad. Cabe destacar no obstante, que conservar el sentimiento de calidad de vida depende de los recursos personales y el entorno.

Actualmente se reconoce que las personas mayores prefieren continuar viviendo en su casa; incluso en soledad y con discapacidades.

Esta investigación pretende avanzar en el conocimiento de la influencia del género, el nivel de estudios, la red social y la autonomía en la soledad residencial de las personas mayores de 75 años; más específicamente, explicar la medida en que el género y el nivel de instrucción de las familias influyen en la percepción sobre su comportamiento.

La investigación se enmarca bajo el paradigma crítico social y está guiada por la teoría del estructuralismo constructivista y la sociología de la acción, desde los planteamientos teóricos de Pierre Bourdieu.

Los hallazgos destacan el reto que supone el envejecimiento de la población y los cambios en la estructura familiar. Ponen de manifiesto la escasa orientación profesional en los cuidados familiares y cuestionan los motivos por los que la

soledad residencial es preferida. Por ello destacan la necesidad de conocer los valores y creencias de las personas mayores para promover estrategias de incremento de la autonomía personal.

La investigación sugiere que la excesiva fragmentación existente en los recursos sociosanitarios dirigidos a las personas mayores disminuye su eficacia. Y pone de manifiesto el desconocimiento existente sobre la percepción de ser útiles que los mayores y familia tienen de los mismos.

Este trabajo evidencia la necesidad de que la atención sociosanitaria se libere de la influencia en exclusiva del paradigma biológico, así como la de desterrar los cuidados geriátricos entendidos y practicados como caridad. Propone diferenciar, a la vez, tanto en el hogar como en las instituciones, las actividades de cuidar, dar apoyo y acompañar. Sugiere que los servicios sociales tienen que ser más personalizados y que deben mejorar su accesibilidad.

ABSTRACT

Old age is the stage in life with the highest ratio of disabled people. Nonetheless, it is important to add that a conserved perception of a good quality of life will depend on each person's financial means and background.

It is now acknowledged that most elderly people prefer to continue living in their own homes, even if they are alone and suffer from a disability. This research study aims to gain a deeper insight into the influence of gender, the level of education, social network and autonomy on whether an elderly person of over 75 years of age lives in an old people's home or not. More specifically, it aims to explain the extent to which gender and the family's level of education influence perceptions of their behaviour.

The study is set within the field of social criticism, using the theory of structuralist constructivism and active sociology as a guide, based on Pierre Bourdieu's theoretical approach.

The findings demonstrate the challenge that the ageing population represents and changes in the structure of families. It highlights the low professional focus on family care and questions why living in an old people's home is preferred, emphasizing the need to gain a better understanding of elderly

peoples' values and beliefs in order to promote strategies aimed at increasing personal autonomy.

The study suggests that the current over-fragmentation of social and health care resources for the elderly has a negative effect on their efficiency. It also highlights the current lack of awareness that the elderly and families have of their own usefulness. Likewise, it demonstrates a need for the social and health services to free themselves from the sole influence of the biological paradigm (or medical model), no longer regarding or practising geriatric care as if it were a form of charity. In turn, it suggests that a differentiation should be made among the activities of caring for, offering support for and accompanying the elderly, both in homes and in institutions, proposing more customized social services and better access to them.

In short, the study recommends the strengthening of community services, allowing the elderly to stay in their own homes if they wish, while freeing families from the obligation of having to care for them.

ÍNDICE

ASPECTOS INTRODUCTORIOS	17
I. LA CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	17
II. EL CONTEXTO DE ESTUDIO	19
II.1. La idea y la práctica de la vejez: breve semblanza de su cambio histórico	19
II.2. El concepto de salud vinculado a la vejez y su variación	25
II.3. La cuestión del envejecimiento poblacional: la dependencia	27
 Capítulo 1. REVISIÓN DE LA LITERATURA	33
1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS DE ENVEJECIMIENTO, UN PROCESO MUNDIAL	35
1.2. LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS	38
1.3. FACTORES QUE INCIDEN EN LA SOLEDAD RESIDENCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES	41
1.3.1. Red social	44
1.3.1.1. <i>La familia</i>	47
1.3.1.2. <i>Las nuevas relaciones de los hijos con los padres mayores</i>	52
1.3.1.3. <i>El cuidador informal</i>	57
1.3.2. El género	59

1.3.3. Espacio residencial.....	62
1.3.3.1. <i>La vivienda</i>	63
1.3.3.2. <i>El entorno de la vivienda</i>	68
1.3.3.3. <i>Los productos de la vida diaria</i>	70
1.3.4. Capacidad funcional.....	73
1.3.4.1. <i>Discapacidad</i>	76
1.3.4.2. <i>Autonomía</i>	78
1.3.4.3. <i>Dependencia</i>	78
1.3.4.4. <i>Anciano frágil</i>	85
1.3.5. Recursos sociosanitarios.....	87
1.3.5.1. <i>Recursos en el domicilio</i>	91
1.3.5.2. <i>Tecnología y productos al servicio de las personas</i> ..	95
 Capítulo 2. PERSPECTIVA Y ORIENTACIÓN TEÓRICA	97
2.1. LA CUESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	97
2.2. EL MARCO TEÓRICO	99
2.2.1. Paradigma critico social.....	101
2.2.2. La perspectiva teórica.....	107
2.2.2.1. <i>El estructuralismo constructivista y la sociología de la acción</i>	107
2.3. UNA MIRADA DEL ESTRUCTURALISMO CONSTRUCTIVISTA AL GÉNERO, NIVEL DE AUTONOMÍA, RED SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS EN EL CONTEXTO DE ESTA INVESTIGACIÓN	111
2.3.1. El género.....	112
2.3.2. Nivel de autonomía.....	115
2.3.3. Redes sociales	118
2.3.4. Nivel de estudios.....	119
2.4. BOURDIEU Y SUS CATEGORÍAS CENTRALES: HABITUS , CAMPO, CAPITAL	121

Capítulo 3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN ...133

3.1. LA INVESTIGACIÓN CRÍTICO SOCIAL Y LOS CONCEPTOS DE LA TEORÍA DE BOURDIEU	133
3.2. OBJETIVO GENERAL.....	135
3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	135
3.4. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	136
3.5. PARTICIPANTES, MUESTRA INTENCIONAL Y RECLUTAMIENTO.....	139
3.6. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	140
3.6.1. Entrevistas de personas mayores de 75 años que viven solas	141
3.6.2. Grupos de discusión de familiares de personas mayores de 75 años que viven solas.....	143
3.6.3. Diario de campo.....	144
3.7. ANÁLISIS DE DATOS	146
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	148
3.9. ESTRATEGIAS DE RIGOR METODOLÓGICO	150
3.10. LÍMITES Y POTENCIAL DEL ESTUDIO	151
3.11. DIFUSIÓN E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	152

Capítulo 4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADO153

4.1. PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS.....	154
4.2. LOS DISCURSOS CENTRALES SOBRE LA SOLEDAD RESIDENCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES.....	154
4.3. CÓDIGOS DE LAS ENTREVISTAS EN RELACIÓN A LAS CATEGORÍAS: MANTENERSE EN CASA, CAMBIOS Y COTIDIANEIDAD EN LA VIDA DOMÉSTICA, CONFIANZA EN LA AYUDA SOCIOFAMILIAR Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS SOCIALES	156

4.3.1. La casa como espacio de libertad y poder	157
4.3.2. La vivienda como espacio identitario	157
4.3.3. La preocupación por el futuro en relación al estilo residencial	158
4.3.4. Soledad residencial como forma de vida	159
4.3.5. Diferencias en la actitud en función del género	161
4.3.6. Relación entre la construcción personal del concepto de autonomía y la sobrevaloración de sus capacidades.....	162
4.3.7. Las estrategias para mantenerse en casa	165
4.3.8. Autocuidado como forma de mantener la soledad residencial	166
4.3.9. Familia tradicional: cuidado deber moral	169
4.3.10. Alternativa del cuidado tradicional	171
4.3.11. Concepción del equipo de salud	173
4.3.12. Tecnología y productos de apoyo al servicio de las personas	174
4.3.13. Alternativas a su vivienda	175
4.4. PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS DE FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS	177
4.5. LA CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE LOS FAMILIARES	177
4.6. CÓDIGOS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN EN RELACIÓN A LAS CATEGORÍAS: MANTENERSE EN CASA, LOS ASPECTOS DEL CUIDAR, Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS SOCIALES	179
4.6.1. La casa como espacio de libertad y poder	179
4.6.2. Los cambios necesarios.....	180
4.6.3. Apego a la vivienda.....	182
4.6.4. La preocupación por el futuro	183
4.6.5. Relación entre autonomía y capacidad para vivir solos	185
4.6.6. Las estrategias para mantenerse en casa	187

4.6.7. La red sociofamiliar	188
4.6.8. El cuidado	191
4.6.9. Percepción de apoyo en el cuidado	195
4.6.10. Género de la persona mayor	196
4.6.11. Género del cuidador	197
4.6.12. Recursos sociosanitarios	199
4.6.13. Tecnología y productos de apoyo al servicio de las personas	201
4.6.14. Alternativas a su vivienda	202
Capítulo 5. DISCUSIÓN	205
5. 1. INFLUENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERCEPCIÓN DE AUTONOMÍA DE LOS SUJETOS	207
5.2. AUTONOMÍA RESIDENCIAL. CAPACIDADES Y ESTRATEGIAS	211
5.2.1. Diferencias de género ante la soledad residencial	217
5.2.2. La ayuda sociofamiliar en el cuidado	219
5.2.3. Alternativa del cuidado tradicional	222
5.2.4. El impacto del cuidado	223
5.3. EL EQUIPO DE SALUD Y LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS	225
Capítulo 6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES	229
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
ANEXOS	269

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

I. LA CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Jamás se descubrirá nada si nos consideramos satisfechos con las cosas descubiertas (Séneca).

Mi posicionamiento respecto al objeto de estudio y a las propuestas teóricas y metodológicas de esta investigación es el resultado de un largo período de reflexión. La reflexividad, entendida como las motivaciones, las intenciones, los intereses y los propósitos de la investigadora, es un elemento fundamental en cualquier tipo de estudio. Contribuye a clarificar la aportación realizada, tanto en la perspectiva teórica utilizada, como en la posterior recolección, interpretación y discusión de los datos obtenidos en el estudio (Robles, 2000; Pope, Ziebland & Mays, 2000; Ratcliffe y González del Valle, 2000).

Este proceso de reflexión tiene varios focos: uno parte del análisis de los datos del censo que pone de manifiesto una cifra no desdeñable de personas mayores que viven solas, incluso, cuando aumenta su edad y cuando necesitan cuidados. De dichos datos mi primera pregunta fue en torno a las habilidades

y estrategias que esos mayores que viven solos y especialmente los muy mayores, utilizan para satisfacer su necesidades básicas.

Mi conocimiento de los cambios inherentes al envejecimiento así como de la fragilidad que acompaña largos periodos de la edad geriátrica, generó otro de los puntos de reflexión, planteándome preguntas sobre cómo se adaptan a los cambios, su capacidad para cubrir necesidades básicas sin ayuda, qué estrategias de resolución de problemas utilizan más frecuentemente, a quien recurren cuando tienen algún problema y qué actividades dejan de hacer por su dificultad.

También he considerado interesante conocer la opinión de las familias sobre las condiciones de vida de los mayores que viven solos. He percibido en las familias de mi entorno, conflictos en la búsqueda de equidad en el reparto de cuidados entre sus miembros más frágiles; y situaciones en las que cuando la demanda de cuidados a niños y mayores coincide en el tiempo, la familia y la sociedad en general tiene más dificultad para reconocer las necesidades de las personas mayores que las de los niños o jóvenes.

Finalmente, debo destacar la influencia que ha tenido mi experiencia profesional que me ha permitido ver, las diferentes formas de enfermar en función de la edad; al tiempo que ha evidenciado la escasez de recursos existentes para abordar el cuidado de las especificidades del emergente colectivo de personas mayores.

De algún modo, este proyecto responde a otra de las características imprescindibles de todo proceso científico: la presencia de curiosidades e intereses que se han generado a lo largo de mi trayectoria, en la que estas y otras experiencias me han llevado a plantearme cuestiones relacionadas con

las personas mayores. En consecuencia explorar su capacidad de adaptación a los cambios que inevitablemente se producen con el paso del tiempo, así como el conocimiento que la sociedad tiene sobre el proceso del envejecimiento. La estructura residencial de las personas mayores se considera en el momento actual el eje sobre el que pivota el bienestar del propio mayor, la familia y la sociedad.

Esta investigación, pretende profundizar en los factores que las personas mayores y sus familias consideran que son facilitadores de su permanencia en el domicilio.

II. EL CONTEXTO DE ESTUDIO

II.1. La idea y la práctica de la vejez: breve semblanza de su cambio histórico

Los seres humanos han demostrado a lo largo de toda la historia su interés por prolongar la vida. Encontramos referencias sobre la vejez en textos antiguos en los que se destacan las virtudes de los mayores; desde la filosofía aparecen diferentes miradas a la vejez siendo Platón representante de la más optimista, que resalta la importancia de prepararse en la juventud para envejecer; en su misma línea de pensamiento, Cicerón (106-43 a. de C.) en su obra *De Senectute* presenta también con optimismo las capacidades de las personas mayores.

Nunca como hoy, a lo largo de la historia, la presencia de personas mayores había sido tan rotunda; de este grupo geriátrico emergente necesitamos

conocer más sobre como son, en tanto miembros de la sociedad, en la relación con la familia, en los periodos de enfermedad o en su respuesta al tratamiento.

Vejez es un concepto relacionado con las formas de "parentesco, la economía, la salud, la capacidad de automantenimiento, los modelos de conducta, la religión, la moral, la política, y otros ámbitos culturales y sociales" (Fericgla, 2002:81). Las personas que se encuentran en esta etapa son denominadas bajo términos diferentes: personas mayores, viejos, tercera edad, ancianos, etc. Cada uno de estos términos tiene connotaciones diferentes y es habitual su uso intercambiable, si bien la más aceptada y que, por tanto, se propone utilizar es la de *personas mayores* o *mayores*.

La mayor parte de las definiciones sobre el envejecimiento hacen referencia a la heterogeneidad de su contenido: la edad ya no es tan importante, la sociedad se está acostumbrando a un estudiante de 70 años de edad, un alcalde de 22 años o una abuela de 35 años (Maddox, 1999). De la misma manera, estar jubilado un tercio de la vida o ser abuela y madre a la vez, son aspectos que ayudaran a modificar estereotipos sobre la vejez. Otra referencia frecuente sobre el envejecimiento es su carácter gradual e irreversible. De Beauvoir (1970), en su obra sobre la vejez define al viejo como individuo con una larga vida detrás de sí y una esperanza de supervivencia limitada; para la autora la edad modifica nuestra relación con el tiempo, nuestro futuro se achica mientras nuestro pasado aumenta.

El interés por el estudio de la vejez es reciente, han sido los cambios sociales y demográficos que han tenido lugar en las últimas décadas, los que han hecho que se considere que de todos los fenómenos contemporáneos, el menos

discutible, el más seguro en su marcha, el más fácil de prever con mucha anticipación y quizás el más cargado de consecuencias es el envejecimiento de la población (Sauvy, 1972).

La vivencia de la diferencia entre el "saberse viejo" y el "sentirse viejo", ha revolucionado y está revolucionando nuestra representación y nuestra autorrepresentación de la vejez (Aranguren, 1992:21).

Son más numerosos los autores que delimitan la frontera de la vejez que los que definen esta etapa. La mayor parte de estudios recurren al criterio cronológico, población de 65 y más años, para establecer un corte en el ciclo vital a partir del cual se mide el envejecimiento demográfico. Neugarten (1975) establece dos categorías: antes y después de 75 años. Riley (1988) considera que los *viejos-viejos* se sitúan entre 75 y 85 años y los *viejos-más viejos* a partir de 85 a. En relación a la forma de envejecer existen diferentes clasificaciones, entre las que destacan la de envejecimiento primario y secundario, propuesta por Busse (1969), que establece una frontera entre vejez normal y patológica y la de añadir un tercer tipo, la *vejez satisfactoria*, que otros autores proponen (Rowe & Khan, 1997; Baltes & Baltes, 1990). Pero a pesar de las diferentes formas de ver la vejez, existe entre los autores consenso en que a partir de 75 años las personas mayores concentran más necesidades y más factores de riesgo.

La sociedad está experimentando importantes cambios demográficos en todo el mundo, considerándose que la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida son los máximos responsables de lo que reconocemos como envejecimiento de la población. Si bien es cierto

que dichos cambios no obedecen siempre a las mismas causas ni se sitúan en los mismos contextos: así, si tenemos en cuenta factores demográficos más allá del movimiento “natural” de la población, veremos como la división internacional del trabajo hace, por ejemplo, que cohortes enteras de jóvenes “producidos” en un marco se sitúen en otro. La emigración internacional así, cambia relativamente las pirámides poblacionales, del origen, que de esta manera envejecen y las del destino, que rejuvenecen. Situaciones de conflictos bélicos o similares también varían la afirmación precedente. Con todo, resulta indudable que esos dos factores iniciales intervienen en las definiciones centrales de toda pirámide poblacional. Como señala Clark & Dieleman (1996), todos los sucesos que afectan al curso de vida de una persona se encuentran interrelacionados y se circunscriben en contextos y fuerzas sociales más amplios.

La vejez es un concepto construido socialmente. Esta consideración implica, que la vejez es un concepto que debe ser analizado en cada contexto en particular para entender el significado que cada sociedad atribuye al hecho de “ser mayor” o “envejecer”. La vejez viene determinada por procesos de transición: su aparición no es unilineal, puede tener un origen y adoptar secuencias no compartidas por todos los miembros de una sociedad; es por eso que cada contexto histórico, socioeconómico y cultural determina las maneras de envejecer (Casal, Masjoan y Planas, 1988).

La vejez ha sido percibida de distinta forma según la cultura, así ser viejo en algunas culturas de África es un honor y en las culturas orientales ha estado siempre presente el respeto a los mayores. En general la vejez es menospreciada en sociedades que practican el culto a la belleza corporal, en tanto que es más tolerada en las sociedades que se rigen por un ideal de belleza

espiritual (Minois, 1987); aún así, esa afirmación también es relativizable; de hecho, ese culto al cuerpo, esa búsqueda de la eterna juventud convive a menudo con formas claramente gerontocráticas (o al menos tendentes a mantener espacios de poder en manos de cohortes de adultos más allá de los 50, posponiendo así la incorporación de los más jóvenes) . No obstante, sobre todo en los estratos sociales subalternos, lo cierto es que la sustitución del viejo por el joven se está produciendo, a partir de la conversión de esos valores estéticos (la juventud) en valores morales y prácticos (la capacidad).

Diversos autores han analizado la transformación del papel de los mayores en la sociedad, para Figuera (1995) el papel fundamental que los ancianos tenían en las sociedades ágrafas, se ha transformado, siendo su representatividad inversamente proporcional al progreso. En la actualidad, a más alto nivel de progreso los ancianos tienen menos espacio social. Valladares (1995) analiza los estereotipos que la sociedad tiene sobre sus viejos para demostrarse a sí misma que lo que hace con ellos está bien; la occidental se divide frente el imperativo económico de deshacerse de ellos.

Las llamadas sociedades desarrolladas sufren un proceso de desintegración social de los pequeños grupos constituidos en torno a las jerarquías (incluso las tan sólo afectivas) de edad y, en general tienden a perderse las relaciones de ayuda mutua, éstas, sin embargo, se conservan mejor en colectivos específicos como el de las personas mayores, en los que la compañía es una necesidad que debe resolverse las más de las veces en la horizontalidad de los coetáneos. En ese sentido, Marina (2005) apunta el peso que la sociedad tiene en los estilos afectivos del individuo; más concretamente en el nivel de molestia que se considera soportable entre los miembros de esa sociedad. De su posición en la sociedad, parece que una parte importante de personas

mayores han tendido siempre a creer que el pasado es preferible al presente y que los logros de la cultura se presentan como menos interesantes para ellos que para los jóvenes.

Al referirnos a la etapa de la vejez, es importante tener en cuenta que con la actual esperanza de vida agrupamos generaciones distintas; las personas mayores forman un grupo muy heterogéneo. En definitiva pueden marcar diferencias no sólo en la forma de envejecer sino también en la manera de adaptarse a los cambios que puede llegar a acelerar o ralentizar este proceso. Es por esto que el envejecer debe ser analizado desde las formas de hacer frente a los cambios que se producen a lo largo de todo el proceso. El envejecimiento demográfico es principalmente un problema social de cómo nos organizamos y de cómo respondemos a los nuevos retos.

Así nos hallamos ante una paradoja: el envejecimiento hoy es un logro posible por el aumento de la esperanza de vida; pero, a la vez, supone una amenaza, dada la percepción de la incapacidad de hacer frente a sus consecuencias. Aunque algunos demógrafos, con mirada más optimista, se refieren a este proceso como la democratización de la supervivencia, en alusión a que prácticamente todo recién nacido tendrá la ocasión de vivir todas las etapas de la vida (Pérez Díaz, 2006). Para este autor el creciente protagonismo del envejecimiento es clave en multitud de sectores como el mercado de bienes y servicios o el sector laboral vinculado a su necesidad de cuidados.

En definitiva, cada sociedad en su contexto y momento histórico ha otorgado un papel a la vejez, dependiendo del modelo de hombre ideal imperante en cada momento, de manera que "los ancianos unas veces han sido devaluados y otras, revalorizados" (Soldevilla Ágreda, 2009:27).

II.2. El concepto de salud vinculado a la vejez y su variación

El concepto de salud ha sido redefinido en los últimos años. La primera definición de salud que tiene en cuenta a la persona de manera global la hace la Organización Mundial de la Salud en 1946 "Salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad o achaque". La salud es un recurso para la vida cotidiana y no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como la capacidad físicas; posteriormente Terris (1987) propone sustituir "completo bienestar" por "bienestar con capacidad funcional" y en la actualidad hay un consenso sobre la importancia que, además, tienen elementos subjetivos tales como la percepción del entorno físico y la adaptabilidad (De Irala-Estéve, Martínez-González y Seguí-Gómez, 2003).

Numerosos autores apoyan con sus estudios que la enfermedad es el primer paso para la discapacidad (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson, 2004; Verbrugge & Jete, 1994). También son numerosos los trabajos que manifiestan que a medida que aumenta el número de enfermedades aumenta el grado de discapacidad (Guralnik, LaCroix, Everett & Kovar, 1989; Otero, Zunzunegui, Rodríguez-Laso, Aguilar y Lázaro, 2004). Y si bien no está claro que la mayor longevidad de la población conduzca necesariamente a incrementar la cantidad de años que las personas vivan discapacitadas, parece haber menos dudas respecto al hecho de que el envejecimiento de la población conlleva un incremento del número de personas con algún tipo de dificultad para realizar las tareas de la vida diaria de forma autónoma (Monteverdi, 2004).

En ese sentido los datos apuntan que los ancianos son el grupo que presenta el porcentaje más elevado de ingresos en instituciones sanitarias, con una

estancia media más larga, frecuencia mayor de ingresos por año y un uso más elevado de sustancias farmacológicas (IMSERSO, 2009).

Desde esa perspectiva se tiende cada vez más a tener en cuenta el indicador de esperanza de vida en salud, que valorando morbilidad, mortalidad y factores de calidad de vida, proporciona información sobre el número de años esperados promedio que vivirá una persona disfrutando de buena salud, en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad (Bazo, 2005). En el año 2007, el porcentaje de años de vida en buena salud era superior en los varones, tanto al nacer como a los 65 años. Los varones viven el 81,2% de sus años de esperanza de vida en condiciones de buena salud frente al 74,8% de las mujeres. A los 65 años, los varones viven el 58,2% de sus años de horizonte de vida en buena salud frente al 46,1% del horizonte de años de las mujeres (INE, 2010).

En general las mujeres viven más años pero superan a los hombres en enfermedades diagnosticadas (INE, 2009). El peor pronóstico de supervivencia sin discapacidad de las mujeres, especialmente a partir de los 70 años, puede explicarse según Escobar (2009) por los diferentes patrones de morbilidad; los hombres suelen padecer problemas de salud agudos y las mujeres sufren más problemas crónicos y discapacitantes. Además varios autores ponen de manifiesto y proponen tener en cuenta el sesgo de género que supone, especialmente en esta generación de mayores las escalas que miden nivel de autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Tomas, Zunzunegui, Moreno, y Germán, 2003; Escobar, 2009) este dato, inicialmente sólo ilustrativo y descriptivo, será muy relevante en la formulación de mis hipótesis de investigación, fundamentalmente en relación con el diferencial de género.

Por tanto se hace necesario profundizar en conceptos como cuidar, curar, fragilidad, autonomía o dependencia; cada uno de ellos busca su espacio en los límites entre vejez y enfermedad y, especialmente, en sus consecuencias y cambios en la población, entre los que destaca: feminización de la franja geriátrica, sobre envejecimiento y dependencia; aspectos que tienen consecuencias en todos los ámbitos sociales.

II.3. La cuestión del envejecimiento poblacional: la dependencia

El envejecimiento de la población es motivo de múltiples análisis y la preocupación por las consecuencias, ha sido manifestada por organismos nacionales e internacionales (WHO & ICF, 2002; IMSERSO, 2003).

Se considera el envejecimiento un factor que incide directamente en las políticas sociales por su capacidad de modificar los parámetros de morbilidad, mortalidad y bienestar. Aunque sin poder predecir sus consecuencias, todo parece indicar que el hecho de que cada vez vivan más personas más tiempo ocasionará importantes cambios a nivel social. Sin duda no es baladí volver a afirmar aquí que los factores sociales determinan en gran medida la distinta forma de envejecer.

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia, también llamada Ley de Dependencia, ha sido presentada en España como el cuarto Pilar del Bienestar. Regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de

todas las Administraciones Públicas. A tal efecto, sirve de cauce para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. Configura un derecho que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. En un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en su articulado. Las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos. Los recursos que la Ley de la Dependencia ofrece a los mayores que necesiten ser cuidados, han sido hasta ahora escasos; cabe destacar que los segmentos de clase con bajos ingresos carecen completamente de la capacidad de adquisición, compra o contratación de servicios.

En ese escenario de desamparo, uno de los datos que debe ser tenido en cuenta al analizar el fenómeno del envejecimiento es el índice de dependencia, porcentaje de población menor de 15 años, más la de 65 años y más, con relación a la población de 15 a 64 años. El 48,66% en Europa y 45,35% en España en 2007 (INE, 2009). Indicador interesante en términos económicos pero también en el entorno del cuidador.

Obviamente, la necesidad objetiva nacida de la dependencia está igualmente presente, y los cuidados que requieren las personas mayores en su domicilio, en muchos casos se realizan combinando recursos públicos y privados; estos tienen que ser repartidos entre familia, vecinos, amigos precisamente en aquellos casos en los que la posibilidad de adquisición no está presente.

Las Comunidades Autónomas están desarrollado políticas sociales para adaptarse a su realidad, con matices, que dependen de los recursos disponibles y la voluntad política de cada una de ellas IMSERSO (2003), Existe, de hecho, una desigualdad entre Comunidades en cuanto al desarrollo, orientación y cobertura que ofrecen sus servicios sociales, lo cual implícitamente está contribuyendo a dibujar diferencias sociales entre las personas mayores. La LAAD, en su diseño, corrige estas desigualdades, pero en la implementación las conserva.

En Europa, los responsables de elaboración de políticas en todos los Estados Miembros han expresado su preferencia por la atención comunitaria; y la opinión pública, en una amplia mayoría, prefiere recibir ayuda para permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible (Walter, 2005). Nos encontramos a la espera de que el desarrollo de la atención social que la implantación de la LAAD va a suponer, facilite la permanencia en el domicilio; mientras la red primaria de atención sanitaria continúa siendo el primer recurso formal con el que cuentan los mayores frente a sus dificultades diarias.

Las personas mayores acuden a la red de atención sanitaria en busca de ayuda ante los problemas que dificultan su vida diaria, aunque la respuesta que necesiten sea social y vaya mucho más allá de lo que esos servicios en ese sentido, poco desarrollados pueden ofrecerle. Tal como sostiene Puga (2005), debe ser el sistema de protección a la dependencia el que integre las soluciones de ambas naturalezas sin pretender que sea la población mayor la que tenga que peregrinar en busca de soluciones parciales.

Los problemas derivados de la dependencia deberían trasladar la responsabilidad desde la familia a la comunidad y la atención desde lo médico a lo social.

Dicen que la sabiduría consiste, para un viejo, en aceptar resignadamente sus límites. No me he vuelto sabio. Los límites los conozco bien, pero no los acepto. Los admito únicamente porque no tengo otro remedio (Bobbio, 1997:67).

Ya habíamos comentado que la construcción social de la vejez en cada país es distinta; también hemos insistido en la variabilidad histórica de las propuestas culturales y de las relaciones sociales a ese respecto. Así, las costumbres de algunos países como Nigeria pueden deteriorar la salud de las viudas en las semanas posteriores a la muerte de su marido dado que se les considera personas sucias e impuras (Amadi, 1994). En otras sociedades como la mayoría, las mujeres al envejecer acceden a papeles como abuela, suegra o líder política que pueden suponer una mejora de su posición y un aumento de su autoridad (Bonita, 1998).

La posición que se otorga a las mujeres mayores varía en las distintas culturas, diversos trabajos de la Comisión Europea informan de actitudes positivas hacia las personas mayores en varios países del norte de Europa. En el sur, sin embargo, se ha comprobado que aunque las personas mayores han perdido su categoría tradicional, no han surgido todavía nuevos papeles positivos para ellas (European Commission, 2008).

No obstante, algunas de estas afirmaciones, incluso las comentadas en algunas monografías etnográficas clásicas, obedecen a veces a una visión eurocéntrica, cuando no responden también a la visión que los hombres del grupo estudiado trasladaron al etnógrafo occidental sobre sus propias mujeres. Además, aún reconociendo cambios importantes en el papel autónomo de la mujer (luego no en función de los hombres de su familia de

orientación —en la que nace— y en la de reproducción —la que crea o en la que es insertada como madre—) en las sociedades y culturas occidentales, aún perduran, al menos, ciertos valores morales que no conjugan las realidades pasadas y, sobre todo, recientes (mujeres como productoras y reproductoras mayoritarias) con el estatus y el rol atribuido (autonomía, independencia, incluso determinación de los papeles de muchos varones de su entorno).

En algunos países desarrollados, la mujer al envejecer elige entre intentar mantenerse joven o aceptar los estereotipos asignados a las mujeres mayores. El contacto con pares, en estos casos, es aún de mayor y vital importancia en la interpretación y adaptación a los cambios que implican esa pérdida. A pesar de los cambios y de los avances señalados, la autopercepción y la bajada de la autoestima por la presión moral externa, exige con mayor vigor ese apoyo mutuo.

En los países en vías de desarrollo las iniciativas que refuercen a las mujeres para actuar en su propio beneficio son los medios principales frente a las barreras por baja autoestima y falta de recursos (Bonita, 1998).

En definitiva las diferencias que se presentan en las transiciones a lo largo de la vida de las mujeres que envejecen en países con distinto nivel de desarrollo, suponen una reestructuración de las relaciones familiares y del papel social que la mujer desempeña al envejecer (OMS, 2009).

Mi interés como investigadora se centra en obtener una mayor comprensión de, por un lado, los problemas que los mayores que viven solos tienen para satisfacer sus necesidades básicas y las estrategias que utilizan para

adaptar su soledad residencial a los cambios que se producen durante el envejecimiento. Por otro lado, considero fundamental conocer la opinión de la familia sobre las estrategias y recursos utilizados por las personas mayores para permanecer en su domicilio.

CAPÍTULO 1

REVISIÓN DE LA LITERATURA

A continuación expondré la estrategia de búsqueda bibliográfica a partir de los conceptos nucleares de este estudio que son Personas Mayores de 75 años que viven solas, Persona Mayor frágil, soporte social y entorno, nivel de instrucción y familia. En primer lugar, a partir de las palabras clave establecidas se ha realizado una traducción de las mismas al lenguaje documental usado por los *Tesoros* de las bases de datos. El proceso de traducción documental ha consistido en seleccionar aquellos descriptores autorizados que en su definición eran acordes a las palabras claves de la investigación, mediante el uso de la base de datos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), que asegura el uso de aquellos términos que aparecen con mayor frecuencia en la literatura científica referente al fenómeno de estudio. Los descriptores utilizados han sido: Anciano (Aged), Anciano Frágil (Frail Elderly), Servicios de Salud para Ancianos (Health Services for the Aged), Vivienda (Housing), Viviendas para Anciano (Housing for the Elderly), Soledad (Loneliness), Aislamiento Social (Social Insolation), Familia (Family), Composición Familiar (Family Characteristics), Relaciones Familiares (Family Relations), Factores Socioeconómicos (Socioeconomic Factors), Apoyo Social

(Social Support), Cuidadores (Caregivers) y Autonomía Personal (Personal Autonomy), Deambulación Dependiente (Dependent Ambulation) y Calidad de Vida (Quality of Life).

En segundo lugar, se ha ejecutado una búsqueda bibliográfica estructurada combinando los descriptores mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT) según los objetivos establecidos en la investigación. La búsqueda se ha iniciado por los metabuscadores o motores de búsqueda que contienen un conjunto de bases de datos científicas afines, incluyendo EBSCOhost, OvidSP, Excelencia Clínica y la Biblioteca Virtual de la Salud (BIREME). Posteriormente, la bibliográfica obtenida ha sido comparada con la derivada en una búsqueda en bases de datos específicas en Ciencias de la Salud que ha incluido Pubmed, IME (Base de datos de Biomedicina del CSIC), Ibecs (Biblioteca Virtual en Salud), ISOC Ciencias Sociales y Humanidades, Cuiden Plus, Psycodoc, PsycInfo, Web of Knowledge y CINHALL. De esta forma se han rechazado las coincidencias y se ha asegurado la pertinencia de la información conseguida. Esta búsqueda estructurada ha incluido una búsqueda en la base de datos Cochrane, que incluye revisiones sistemáticas, que ha permitido alcanzar una visión de los meta-análisis y revisiones sistemáticas que hasta el momento se han desarrollado en el campo del fenómeno a estudio.

En tercer lugar, a partir de la búsqueda realizada, se han seleccionado las fuentes de información primarias y se han sometido a lectura crítica. De la bibliografía incluida en las fuentes inicialmente seleccionadas, se ha realizado una búsqueda dirigida de aquellos artículos que por su relevancia en el tema a estudio y a pesar de no estar dentro de los límites establecidos en la búsqueda estructurada, se han considerado imprescindibles incluir.

Finalmente, se han seleccionado las referencias bibliográficas, comprendidas mayoritariamente en los últimos 10 años, en castellano, inglés y francés, para la construcción del marco teórico y el desarrollo de los contenidos de este capítulo de revisión de la literatura del fenómeno a estudio.

En los tres apartados de este capítulo reviso la literatura nacional e internacional, sobre los factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores y la influencia de su red social sobre su permanencia. Las aportaciones científicas realizadas en este campo permitirán tener una visión más completa de las aportaciones originales de esta investigación.

1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS DE ENVEJECIMIENTO, UN PROCESO MUNDIAL

Según las proyecciones de la revisión de Naciones Unidas, se prevé que antes de 2050 la población mundial de 60 años y más se multiplique por más de tres, pasando de 600 millones a 2.000 millones. Para ese año se calcula, que uno de cada seis habitantes del mundo tendrá 65 o más años. La mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo, donde pasarán de 400 a 1.700 millones en ese mismo periodo (ONU, 2004). La esperanza de vida al nacer calculada en esa fecha para el conjunto de la población puede situarse en 76 años. El envejecimiento presenta intensidades diferentes en las diferentes partes del mundo; en la mayoría de los países europeos y otros como Estados Unidos y Canadá se acentuará el proceso de envejecimiento, debido a la llegada al umbral de los 65 años de las generaciones del *baby-boom*, nacidas tras la finalización de la segunda guerra mundial.

De acuerdo con los datos facilitados por la Oficina Europea de Estadística (EUROSTAT, 2008), actualmente, nuestro continente (en el que los países del sur, son los más envejecidos) tiene una población de 495.5 millones de personas, de las que más de 84.5 millones tienen 65 o más años. Esto significa que el índice de envejecimiento para el conjunto de los 27 países que integran la Unión es del 17%; esta cifra crecerá al 30% en el año 2060. En este año el número de personas mayores (151.4 millones) superará al de niños de entre 0 y 14 años (72.4 millones).

Según los datos del padrón municipal de 2011, recogidos por el Instituto Nacional de Estadística, nuestro país actualmente supera los 8 millones de personas de 65 y más años, lo que representa el 17,2 % de la población. Esto significa que España es uno de los países más envejecidos de la UE. En Baleares en ese mismo periodo es el 14% (INE, 2011). En España se prevé un destacado aumento del envejecimiento en la década de los años veinte. De ser así, el efecto será tan importante como lo fue su paso por el sistema educativo (IMSERSO, 2006).

Entre los países menos desarrollados, las proporciones de mayores son más bajas, pero el problema del envejecimiento no será menor, dado que el proceso será más rápido; se prevé que tripliquen su proporción de personas mayores en sólo cincuenta años. Estos países, con altas tasas de fecundidad y mortalidad decreciente, verán cómo alcanzan la vejez generaciones más nutridas de personas; y con menos tiempo para adaptarse a la nueva situación, tendrán que hacer frente a problemas graves de protección social (Doncel Fernández y Gutiérrez Barbarrusa, 2006).

África es la región más joven del planeta con 52,8 años de esperanza de vida, seguida por Asia, con 69 años, ambas muy lejos de alcanzar las cifras del resto

de territorios. Los países desarrollados se diferencian de los países en desarrollo en algo más de 10 años en la esperanza de vida. Y en todas las regiones del mundo, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres pero esta diferencia es más pronunciada en los países desarrollados (IMSERSO, 2009).

Una de las características del envejecimiento es que el grupo de edad que está aumentando en mayor medida en todos los países es el de los más viejos. Este segmento de población crece en muchos países más deprisa que el de los más jóvenes. En el año 2050 se prevé que entre las personas mayores de 60 años, uno de cada cinco tendrá 80 años o más (ONU, 2007).

En Europa, en ese año se calcula que el 10.2% de la población, tendrán 80 años y más. En España, esta proporción será ligeramente superior, el 12.03% del total según IMSERSO (2009). Esta misma fuente destaca que un segmento de edad hasta ahora poco representativo que son los centenarios, en 2060 puede formar el 0.4% de la población mayor española.

El predominio de mujeres en las edades avanzadas es una característica mundial. Pero existen pocos datos de las condiciones de vida de la población femenina en esa edad de la franja geriátrica, excepto en los países industrializados. Sobre todo son limitados los estudios que relacionan vejez, género y pobreza; en concreto los referidos a la inequidad existente a nivel mundial en el acceso a oportunidades entre las mujeres que viven en la pobreza (Salgado-de Snyder y Wong, 2007).

Las mujeres residentes en España se encuentran a la cabeza de la UE en cuanto a esperanza de vida al nacer con 84,1 años; la relación entre el número de hombres y mujeres varía según la edad. Puede observarse que a partir

de los 45 años es siempre superior el número de mujeres. Esta proporción aumenta a medida que se avanza en edad, llegando a duplicar el número de mujeres al de hombres a partir de los 85 años.

En el año 2050, se estima que habrá en España cerca de 7 millones y medio de mujeres mayores, dos millones más que de varones de la misma edad (INE, 2010).

La esperanza de vida de las mujeres en los países desarrollados supera en 15 años a la de las mujeres de países en vías de desarrollo y medianamente ricos y es hasta 30 años mayor que la de las mujeres de los países más pobres. En algunos países, especialmente de Asia, la poca atención que se presta a la salud y alimentación de la mujer es tan grave que incluso compensa la tendencia de las mujeres a vivir más años que los hombres (ONU, 2004).

1.2. LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLAS

Los datos sobre preferencia residencial constatan el incremento de las personas mayores que bien solas. El informe de IMSERSO (2009), sobre las personas mayores en España, pone de manifiesto que las proporciones de mayores que viven solos en Europa varían desde el 50% de Dinamarca hasta valores inferiores al 20% en España, Portugal o Grecia. Datos que sigue la tendencia que apuntaba la última ola del estudio europeo SHARE (Börsch-Supan, Hank & Jürges, 2005) en el que se destaca que en el norte de Europa, los cambios familiares y la disponibilidad de recursos formales, explican los elevados porcentajes de soledad residencial. En España, los

datos a partir del estudio de cohorte realizado durante 6 años con 1560 personas mayores de 65 años, *Envejecer en Leganés*, destacan que viven solos el 13% (Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez-Laso y García de Yébenes, 2006).

Diversos estudios confirman que, tras perder a la pareja, la permanencia en el hogar propio es la opción cada vez más preferida por las personas mayores en España, tanto en ámbito rural como urbano, y esta preferencia se mantiene por encima de los 80 años (Pérez Ortiz, 2004, IMSERSO, 2009). Pero esta permanencia en su hogar no necesariamente es en soledad pues en España como en el resto de países del área meridional europea la emancipación tardía de los jóvenes junto con la importancia de las pautas de coresidencia con los padres ancianos, hacen que sea frecuente la convivencia de padres e hijos.

Respecto a su capacidad cabe destacar que vivir solo no lleva implícito ser autónomo: la discapacidad está presente en muchos de los hogares unipersonales de personas mayores (Esparza Catalán y Abellán García, 2008).

Aunque parece evidente la importancia de disponer de medios económicos suficientes para financiar la soledad residencial, los datos ponen de manifiesto que el riesgo de pobreza entre las personas mayores que viven solas, en España como en el resto de Europa, es más elevado que entre los que viven en hogares de dos personas. En España casi la mitad de estos mayores que viven solos, tienen rentas inferiores al umbral de pobreza; sin embargo no es tan determinante vivir solo como ser mujer mayor que vive sola (IMSERSO, 2009).

Sobre el modo de hacer frente a elección residencial de las personas mayores, repercute de manera determinante los factores culturales. Así, mientras que los países con niveles más altos de desarrollo económico y social presentan tasas más bajas de residencia en común con los hijos. En los países en desarrollo, más específicamente, en los países con bajos niveles de desarrollo, una posición socioeconómica elevada se asocia a menudo con niveles más altos de residencia en común con los hijos (Bongaarts & Zimmer, 2002).

Por género también se observan diferencias entre las personas mayores que viven solas. En España según los datos del INE de 2010, en las edades jóvenes y adultas (hasta los 54 años) son más frecuentes los hogares unipersonales masculinos. Pero a partir de los 55 años, son más frecuentes los femeninos. En esa etapa, las mujeres tienen una probabilidad 2,4 veces superior de encabezar un hogar unipersonal que los hombres debido a su mayor supervivencia y a la costumbre de formar pareja con hombres mayores que ellas (IMSERSO, 2009). Este patrón se reproduce en otros países industrializados y cada vez más en los que se están industrializando. En estos últimos, vivir sin pareja coloca a las mujeres mayores en especial situación de vulnerabilidad, son países en los que su rol social depende en gran medida de su situación como hija, esposa o madre (Salgado-de Snyder y Wong, 2007).

Volvamos a la importancia, también en este contexto, de la cuestión de género. La mayor presencia de mujeres que de hombres en la franja geriátrica, especialmente entre los muy mayores, ha dado lugar al término feminización del envejecimiento. Respecto a las condiciones de vida de esas mujeres, Puga y Abellán (2002) denominan feminización de la dependencia

al efecto de la edad, la viudedad y la soledad y su peso sexual diferencial en la demografía de los países centrales.

1.3. FACTORES QUE INCIDEN EN LA SOLEDAD RESIDENCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

La bibliografía consultada corrobora que entre los factores que se asocian al envejecimiento al referirnos a ancianos solos, cabe tratar de manera intensa la mayor fragilidad, la presencia de menos redes sociales y el menor poder adquisitivo. La vejez es la etapa en la que es mayor la proporción de personas con incapacidad funcional que incide sobre la vida cotidiana, pero cabe destacar que aun con incapacidad severa se puede conservar el sentimiento de calidad de vida. De hecho esa calidad de vida depende de la experiencia, de los recursos personales y del entorno, probablemente, en igual o mayor medida que de esas limitaciones (si no son severas o absolutas) objetivas (García Martínez, Rabadán Rubio y Sánchez, 2006); por otra parte muchas de las personas mayores tienden a permanecer en el domicilio aun cuando disminuye su nivel de autonomía. Esa autovaloración y esa ruptura entre condiciones objetivas y percepción de sí mismo, de hecho, aparecen en el centro tanto de mis observaciones preliminares como en la formulación de mis hipótesis centrales.

Las personas mayores comparten la idea de que el problema de la soledad en la vejez es un hecho característico de la sociedad actual. Sostienen que antes, los ancianos apenas sentían la soledad, y que en la actualidad las relaciones de los hijos con sus padres mayores están con frecuencia guiadas, más que por el cariño, por los intereses económicos. Esta situación son

conscientes de se debe en parte a algunos rasgos propios de la sociedad actual que favorece ese distanciamiento (Iglesias de Ussel, 2001). Sin embargo cabe hacer un breve comentario corrector al respecto: en las sociedades agrarias de hace menos de cuarenta años, era aún frecuente que el control y la gestión de las tierras y el trabajo pasasen en vida de la generación más vieja a los hijos, manteniéndose la propiedad jurídica a nombre de la primera hasta su muerte: obviamente la confianza en el mero afecto o en la presión moral de la comunidad no parecían ser los únicos factores regentes del comportamiento. Posiblemente los modos de vida urbana, con la separación de los espacios y relaciones laborales y habitacionales, la reducción de los tamaños de las casas y las rápidas rupturas transgeneraciones de las pautas vitales, han venido a cambiar el valor de la propiedad pequeña, de la presión moral y del afecto reconstruido socialmente sobre el control (Miquel Novajra, 2004).

Algunas investigaciones han profundizado en la experiencia de los hogares unipersonales. El trabajo realizado por Cea D'Ancona y Valles Martínez (1992) muestra cómo la adaptación a esta forma de vida se encuentra relacionada con la manera de realizar esa transición que requiere de un periodo de adaptación y de interiorización de la nueva situación. Estos autores diferencian entre soledad sobrevenida o anunciada, que suele producirse entre los mayores y soledad elegida, más frecuente entre los jóvenes.

La vida no es pura existencia solitaria, hacerse y decirse en soledad. Nos hacemos con los otros (...) pues como dijo Heidegger, la *existencia es Da-sein*, ser *ahí*, en la realidad y asimismo *Mit-sein* ser *con*, en la sociedad (Aranguren, 1992:28).

Entre los factores que facilitan la permanencia en el domicilio de los ancianos, la mayoría de los autores destacan los siguientes: las relaciones familiares y sociales, poseer vivienda, los recursos económicos, la capacidad funcional y el estado de salud (Otero et al., 2006; Aspiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García y Alvear, 2002; Corrales, Palomo, Magariño, Alonso, Torrico, Barroso y Merchan, 2004; Burr & Mutchler, 2007).

La posición desde la cual cada persona valora su situación de soledad residencial interviene en la formulación de estrategias y búsqueda de alternativa. Como señala Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, (2005), la persona mayor tiende a negar la presencia de sentimientos de soledad, esto hace que frente a las dificultades tiendan a aguantar más que a pedir ayuda y que a lo largo de la vejez se produzca una cierta desvinculación entre el individuo y su contexto social, con consecuencias negativas para ambas partes.

La presencia cada vez mayor de personas ancianas aporta nuevos significados a conceptos como autonomía personal; en las personas mayores el hecho de vivir solos, es visto por algunos autores como una debilidad; Senders, González, Casas, Aymerich Andreu, Domingo y del Valle (2001:368) proponen que debe considerarse como “indicador centinela” que puede llegar a ser preocupante si concurren otros factores.

Pero por contra, en los últimos años esa lectura de la soledad residencial como de desamparo familiar va dando paso a otra interpretación de autonomía personal, en términos económicos, emocionales y de salud, considerándose la soledad residencial un indicador de competencia y no solo de riesgo (López Doblas, 2005; IMSERSO, 2006; IMSERSO, 2009).

Vivir solo siendo mayor e incluso dependiente parece una realidad tendente a aumentar que debe ser tomada en cuenta por toda la sociedad y en particular por las familias y los equipos de salud que los atienden. Un aspecto a destacar es la consideración del papel que juega el conocimiento detallado de las características, necesidades y demandas de la población mayor para poder exigir políticas, programas y leyes dirigidos ellos.

1.3.1. Red social

Los individuos se definen en relación al grupo que les rodea y con los referentes que la sociedad ofrece a cada colectivo para su identidad. Pero también los individuos modifican los valores en que viven sumergidos. El trabajo de Bourdieu utiliza los conceptos de *campo*, *capital* y *habitus* para explicar interacciones dentro del mundo social.

En un campo dado, el capital cultural (conocimientos, códigos culturales, maneras de hablar) y el capital social (relaciones), son recursos tan útiles como el capital económico (bienes financieros, patrimonio) en la determinación y la reproducción de las posiciones sociales. La desigual distribución de los capitales explica las diferentes “estrategias” de los agentes, las maneras de aprehender las situaciones y la forma de eliminarse o de mudarse de casilla en el juego de las posiciones sociales (Bourdieu, 1979). Según este autor la vida social se rige por reglas, producto de la acción social y de las intenciones de los agentes en un entorno determinado (Bourdieu & Wacquant, 1995). El campo proporciona el marco del análisis para el estudio de cualquier aspecto de la vida social.

Algunos autores proponen reservar el término **redes sociales** para los aspectos estructurales, en concreto para el tejido de personas con las que se comunica un individuo. Al tiempo, proponen utilizar el término apoyo social para referirse a una de las funciones o de los mecanismos psicosociales de esos elementos de la estructura. El concepto más amplio y sobre el que existe un mayor consenso es el de relaciones sociales, que engloba ambos componentes. Se trata de la red de personas con las que se comunica un individuo, las características de los lazos que se establecen y el tipo de interacciones que se producen (Otero et al., 2006).

El término **capital social** es utilizado por otros autores (Kawachi & Berkman, 2000; Cannuscio, Block & Kawachi, 2003) al hacer referencia a la capacidad de los miembros de una sociedad para actuar y satisfacer sus necesidades de forma coordinada en beneficio mutuo; constituye ciertos recursos derivados de sus relaciones sociales, que tienen una cierta persistencia en el tiempo. Para Coleman (1990), las personas utilizan sus recursos sociales para conseguir, a través de la cooperación mutua, objetivos que de lo contrario serían difícilmente alcanzables. Para este autor, una persona o familia con un escaso capital social dispone de pocas capacidades y de un alto nivel de vulnerabilidad. El capital social está compuesto por los siguientes recursos:

- a) *Las redes sociales*, cuyo mantenimiento requiere de inversión de tiempo y dedicación. Estas redes permiten obtener beneficios en forma de flujos de solidaridad, capacidad de defensa de intereses y derechos, así como para obtención de información;
- b) *Las normas sociales* (de voluntariedad, altruismo, comportamiento) y derechos comúnmente aceptados, así como las sanciones que los hacen efectivos;
- c) *Los vínculos de confianza social*, que garantizan un entramado de obligaciones y expectativas recíprocas que posibilitan la cooperación.

En las últimas décadas del siglo XX empieza a tener especial relevancia el estudio del efecto de las relaciones sociales sobre la salud. En 1994 Verbrugge y Jette presentan las primeras aportaciones científicas que analizan la influencia de las relaciones sociales sobre la discapacidad. En la actualidad existe consenso en que, a nivel individual, las personas con estilos de vida sanos y buenos niveles de integración social tienen mayor esperanza de vida y menor incidencia de discapacidad.

Cada vez es mayor el reconocimiento de que un espectro de actividad mayor puede redundar en significativos beneficios para la salud. Varios autores afirman que aumenta la longevidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Mendes de Leon, Glass & Berkman, 2003; Otero et al., 2006). Los datos del estudio realizado en tres países europeos de Zunzunegui, Rodriguez-Laso, Otero, Pluijm, Nikula, Blumstein, Jylha y Minicuci (2005) corroboran que existe una percepción generalizada de que la participación en actividades sociales por parte de los mayores está asociada con un menor riesgo de dependencia en el futuro y con mayor capacidad funcional para el desarrollo de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Los resultados de otros trabajos indican que la red social muestra efecto protector en el paso de limitaciones funcionales a discapacidad (Verbrugge & Jette, 1994; Escobar, 2009).

Pero autores como Aranguren (1992) destacan que no siempre es fácil establecer y conservar las relaciones sociales; aunque los viejos son necesarios en la comunidad, sus residentes se inclina a no entenderlo así. Para este autor ser viejo es un estigma, aunque entiende también que los estigmas son retos que pueden servir para su compensación: como otros colectivos a lo largo de la historia lucharon por su liberación, en algunos países los viejos, afirma, ya lo están haciendo.

Respecto al hecho de que en términos generales las relaciones sociales en la vejez tiendan a la funcionalidad y se reduzcan en intensidad y cantidad, Fericgla (2002) considera que se debe en parte a la disminución de contactos con otros grupos de edad. El mayor peso de la red social de los mayores españoles se sustenta todavía en los vínculos con los hijos y nietos y la frecuencia de contactos y satisfacción lograda en las relaciones configura la fortaleza de la red entre ellos.

La importancia que la red de apoyo informal tiene en el mantenimiento del nivel de autonomía sugiere tener en cuenta sus características sociodemográficas; en concreto, los recursos de los miembros de la familia y de la parentela en las estrategias familiares (Sánchez Vera y Bote Díaz, 2009).

1.3.1.1. La familia

La atención a las personas mayores se ha realizado tradicionalmente en el contexto familiar. El desarrollo del Estado de Bienestar en España ha sido tardío en relación a los países del entorno europeo. De hecho nuestro país se sitúa en los últimos puestos del gasto público social de la UE (Navarro, 2007). España realiza un gasto en protección social inferior al promedio de la Unión en todos los componentes de la misma, a excepción de la protección social del desempleo. La vejez es la protección social a la que se destina una mayor cantidad de recursos en nuestro país. Cabe distinguir, no obstante, que estos recursos todavía hoy se distribuyen, de forma desequilibrada, siendo la partida de gastos para prestaciones económicas, muy superior a la de las prestaciones en las que se incluyen los servicios sociales para mayores.

Vicens Navarro sitúa al estado español como el más insensible de la UE, a pesar del discurso oficial del país que coloca a la familia en el centro

de la sociedad; Este autor pone de manifiesto, que los recursos menos desarrollados son los dedicados a la familia, categoría que incluye los servicios de ayuda a domicilio a las personas mayores, las viviendas asistidas, los centros de día y la vivienda social entre otros. Así al comparar por ejemplo los servicios de ayuda a domicilio en países europeos, destaca (Navarro, 2006) que solo un 3% de la población española mayor de 65 años recibe algún tipo de atención domiciliaria, frente a países como Dinamarca, Suecia y Finlandia que atienden más de un 20% en este servicio. En todos los países de la zona euro son las prestaciones para la vejez el capítulo más destacado del gasto público en protección social. En España en 2007, el porcentaje del PIB dedicado a gasto en protección social es 21 y 26,2 en la Unión Europea (INE, 2009).

Un importante cambio de la estructura familiar es la mayor presencia de mayores en la familia, de manera que hoy prácticamente la mitad de los niños españoles vienen al mundo en vida de algún bisabuelo (Pérez Díaz, 2006); esta tendencia a la verticalización de la estructura familiar permite la coexistencia en el tiempo de un mayor número de generaciones. Este hecho constituye retos y oportunidades: las familias tienen que cuidar a los mayores cuando éstos no pueden valerse por sí mismos; pero hasta ese momento son una importante ayuda dentro de las mismas. La familia, en su constitución cambiante y en su papel diversificado a lo largo del tiempo y las distintas estructuras y relaciones sociales culturales, sigue cumpliendo una importante función en los cuidados.

Hasta ahora, mientras que en los países del norte de Europa se considera que el Estado debe responder del cuidado, los del sur entienden el cuidado como una responsabilidad familiar (Eguren, 2001). Casi siempre partiendo,

además, de una idea fija, ahistórica y asocial del modelo de familia; muy centralmente en lo que se refiere a la posición de la mujer y a los distintos roles que juega en su interior (de ser definida sólo como hija, madre, madre de la madre o esposa), aparece como persona e individuo social autónomo.

Este papel cambiante de la familia, da lugar a otro escenario emergente en el que la generación de mayores más joven, se constituye como el apoyo del bienestar familiar, tanto de los muy mayores como de los más jóvenes (Pérez Díaz, 2006).

Antes de la aprobación de la Ley de la Dependencia, los autores que como Garzón (1998) analizan los cambios en las familias, concluyen que disponen de pocos recursos para la solidaridad y que solicitan políticas sociales para liberarse de sus obligaciones. La familia se aleja de los valores tradicionales y se mueve cada vez menos en el ámbito del contacto directo entre sus miembros. Aunque todavía no es posible conocer los cambios que la total implementación de la Ley de la Dependencia producirá sobre la familia, hoy lo que se evidencia es una familia que se aleja voluntariamente de los valores tradicionales (valores que, además, ya eran diferenciados y cambiantes, aunque no reconocidos y unificados en un modelo concreto).

De igual forma destaca Fericgla (2002), que a pesar de que la estructura familiar constituye el principal referente en la cultura de la ancianidad, existe un desajuste entre la disponibilidad de sus miembros, especialmente los más jóvenes y lo que los ancianos esperan de ellos.

El trabajo de Eguren (2001), analiza la relación entre los servicios que presta la familia a sus miembros y los que presta el Estado a la familia. Para la autora

la familia es reflejo de estructuras sociales más amplias, y debe ser entendida en constante interacción con los fenómenos demográficos, culturales, políticos, jurídicos y económicos.

A pesar de que persisten numerosas familias que conviven con sus mayores, se está produciendo un cambio social en el que la persona mayor manifiesta que prefiere continuar viviendo en su hogar: *aging in place* (Rojo Pérez, Fernández-Mayoralas, Pozo y Rojo, 2002; Arriola y Beloki, 2005; Berjano, 2005). Los ancianos prefieren vivir en su propia casa, separada, pero cercana de la de otros miembros de la familia: este modelo de no convivencia de anciano y familia bajo el mismo techo no alude a desarraigo entre generaciones, incluso puede haber unión estrecha (Rosenmayr & Koekeis, 1963:108), en realidad, denomina una "intimidad a distancia".

Pero también, parece que nunca fue tan fácil quedarse a vivir solo, sin elegirlo, especialmente en la ciudad, más pensada para el adulto, preferiblemente varón, sin discapacidades, con trabajo, renta adecuada y automóvil particular; perfil de ciudad en la que los ancianos pierden su espacio. En la ciudad aumentan los servicios pero disminuyen las personas que nos pueden acompañar (Medina y Cembranos, 1996).

Bengtson y Roberts (1991) en su teoría de las relaciones de solidaridad entre hijos y padres mayores, aluden a diferentes modelos de solidaridad para las distintas relaciones que se establecen; denominan solidaridad funcional a la prestación de ayuda y cuidados. Según las funciones que los cuidadores desempeñan, Pinazo (2006) diferencia entre apoyo emocional, apoyo instrumental y apoyo informacional.

El envejecimiento tiene efecto no solo sobre la persona en si misma si también sobre la sociedad en general y sobre la red sociofamiliar en particular. Vivir solo es uno de los motivos por los que la persona mayor se apoya en su red sociofamiliar (Billing & Leichsenring, 2005). Parece pues evidente que se necesitan medidas dirigidas a las actuales familias y cuidadores de estas personas mayores que aseguren la continuidad de los cuidados y faciliten su integración en la sociedad mediante la creación de espacios amigables (Marin & Zaidi, 2007).

Un factor que ha producido importantes cambios en la familia es la inmigración y el auge del servicio doméstico, que ha multiplicado casi por cinco respecto al censo anterior los hogares formados por una familia y alguna persona no emparentada (INE, 2001).

Pero no todas las familias son iguales, por ejemplo para De Miguel (1998:416) las de clase baja son más ayudadoras que las de clases altas. Este hecho puede deberse, según este autor a: a) las familias pobres tienen más situaciones de precariedad entre sus miembros; b) son más extensas y tienen más miembros en posibles situaciones de precariedad c) las familias de clases más bajas son más generosas; d) es posible también que sean más pobres precisamente porque son más altruistas. Probablemente esta clasificación obedece a una tipología de familia cada vez menos frecuente en nuestra sociedad urbana (de hecho este autor hace referencia a un periodo con proceso de migración de familia, de campo a ciudad, hoy más bien, la precariedad tiende a incrementar la fragmentación social).

Respecto a la organización interna para ayudar en la realización de las actividades de la vida diaria, el mantenimiento del equilibrio depende de

las actitudes de los familiares frente al envejecimiento y la dependencia. Las finalidades individuales pueden verse modificadas por las familiares cuando alguno de sus miembros envejece o es dependiente. A menudo la intervención relacionada con la situación de dependencia pone de manifiesto que la solución establecida es inadecuada para la persona mayor y familia (Pérez Salanova y Yanguas, 1998).

1.3.1.2. Las nuevas relaciones de los hijos con los padres mayores

En el estudio europeo, SHARE, Börsch-Supan, Hank y Jürges (2005), destacan que un entorno familiar sano se relaciona con la posibilidad de que las personas mayores se mantengan más tiempo en forma, tanto física como mental.

En general el grado de vinculación de las personas mayores con los hijos suele ser muy estrecho; para ellos los hijos representan un importante soporte emocional y sus potenciales cuidadores, si bien reivindican su autonomía como valor en sus vidas (López Doblas, 2005; Prieto Sancho, Etxeberria Arritxabal, Galdona Erquizia, Urdaneta Artola y Yanguas Lezaun, 2009).

En ese sentido podría esperarse que la relación de los hijos con sus padres mayores venga determinada en parte por las políticas de bienestar existentes; esa actitud de los españoles hacia el Estado del Bienestar, ha sido estudiado por varios autores (Arriba, Calzada y del Pino, 2006; Castejón Villarejo, Esparza, Catalán y Abellán García, 2007) que destacan que los ciudadanos siguen respaldando el Estado de Bienestar y que son mayoritariamente contrarios a su reducción. Con independencia del nivel educativo, del sexo y de la clase social, defienden un modelo en el que el Estado tenga un papel principal en la provisión de bienestar, sin descartar por ello el papel de la familia.

Veamos una primera aproximación general al tema según las aportaciones de algunos estudios. Siguiendo mi propósito y el método anunciado, de hecho, a partir de los resultados comparados de esos estudios he elaborado mis hipótesis de partida:

- a) Respecto a la responsabilidad de los hijos de cuidar a sus padres, asistimos a una amplia gama de actitudes. En general parece que los hijos, si no se sienten capaces de cuidar, tienen sentimiento de culpa y perciben que responsabilizándose de los cuidados ganan aceptación social (Abellán García y Puga González, 1999).
- b) Las diferencias de género se evidencian en la forma de cuidar a los familiares mayores. Con el mismo vínculo familiar la mujer se siente más responsable que el hombre (Bazo y Dominguez-Alcon, 1996), y el hombre, cuando tiene que cuidar, tiende a delegar y utiliza más recursos (Bover, 2004). Esto, que en principio parece incluso intuitivamente plausible si lo contextualizamos en las construcciones sociales de los géneros y sus relaciones intrafamiliares, particularmente los vigentes en la España actual, se verán confirmados en gran medida en mi investigación.
- c) Cuando se plantea la convivencia intergeneracional, las diferencias formativas entre las generaciones actuales de personas mayores y las más jóvenes, puede dificultar los espacios comunes y potenciar su aislamiento.

Ante la convivencia suelen temerse los conflictos; sin embargo los problemas no siempre son iniciados por los mayores. Wilson (1996) destaca que la familia, a menudo, limita la libertad de los mayores, los hijos son muy

controladores, opuestos al cambio y tienden a desaprobado actividades que puedan entrañar riesgo. Pero a pesar de las presiones sociales y económicas que dominan la vida familiar, en Europa la solidaridad intergeneracional entre familias es resistente (Walter, 2005).

España y el resto de los países mediterráneos se encuentran en una fase en la que aún se mantienen fuertes lazos de reciprocidad, como en pocas partes del mundo. Las demandas de los ancianos son cubiertas por los descendientes, tal actitud es interpretada en el seno de la familia y de la sociedad como una obligación preferentemente de las hijas. El discurso moral de la familia extensa, en cierta medida, continua funcionando (Bestard, 1999) y ese discurso, precisamente, sitúa la mujer en el centro del mantenimiento de la propia familia de procreación, pero también en la precedente. En el mismo sentido, para Iglesias De Ussel (1996:46) la familia es en España el verdadero Ministerio de Asuntos sociales; la familia ayuda en la enfermedad, la crianza de los hijos, el cuidado de los ancianos y apoya en las situaciones problemáticas; incluso suministran apoyo y cuidados a los familiares internados en instituciones sanitarias.

Gil Calvo (2003) habla de la triple jornada para destacar la situación de aquellas mujeres que, además de ejercer la tarea de cuidar y de dedicarse a su vida privada, desempeñan en el mercado laboral profesiones relacionadas con el cuidado de ancianos. La generación intermedia debe repartir el tiempo de dedicación a los hijos y a los padres, dándose la paradoja de que la familia cuidadora que retrasa la maternidad (*double income, no kids*) o paga servicios de cuidado a sus hijos para poder competir en el mundo laboral, le cuesta aceptar que personas externas a la familia cuiden a los mayores.

Estas circunstancias pueden poner en riesgo la solidaridad; cuando se convierte en obligación sin ayuda ni apoyos, las familias, y especialmente las mujeres hipotecan una parte de sus vidas para realizar el cuidado de los mayores. Esta situación novedosa para mayores y familia es vista como un problema de imposible solución con los supuestos lastres económicos, sanitarios y familiares (Arenas, 2001).

Otro elemento destacado en el seno de la familia es el cambio de su estructura, de la jerarquía de valores y de la edad media de abandono del hogar por parte de los hijos; de hecho, la dedicación a los hijos, de la generación intermedia, hasta edades adultas termina por desdibujar, cuando no relegar, la dedicación a los padres mayores. Más aún, cuando coinciden en demandar atención abuelos y nietos, parece que se tiende a anteponer las necesidades de los hijos a las de los padres mayores.

La pérdida de reconocimiento social de las personas mayores y la aparición de dependencias introduce cuando se plantea la necesidad de convivencia, la opción de la rotación entre los hogares de sus hijos, que puede desencadenar en un desesperado reparto del anciano (Sanchez Beiza y Sanchez del Corral, 2000; Pérez Ortiz, 2004). Esta rotación, que ha dado lugar al término *abuelo golondrina*, supone un constante esfuerzo de ajuste y adaptación y requiere de acuerdos entre hermanos que no siempre se producen: nacen aquí discusiones importantes (sobre las que la psicología justificativa tiene mucho que aportarnos, sobre todo aquello que es considerado justo y aquello que no lo es) (Pinazo, 2005).

Sobre la percepción que las personas mayores que viven solas tienen de esa rotación, López Doblas (2005) constata que los mayores valoran positivamente

periodos de convivencia en familia, no así la división del año en tantas partes como *responsables-descendientes* tengan. El reparto prefijado, de hecho, alimenta la idea del estorbo.

En la familia, además, han acontecido cambios estructurales que hacen más difícil cumplir con su papel socializador: menor número y mayor movilidad geográfica de sus miembros, incorporación de la mujer al mundo del trabajo; lenta y selectiva incorporación del hombre a la tarea de cuidar, cambios en el tipo de vivienda y debilitamiento de los valores familiares. El perfil de la familia también cambia. Con el aumento de la esperanza de vida, es posible que veamos cada vez con más frecuencia dos generaciones de la misma familia que pertenecen a la franja geriátrica (algunos mayores cuidan a sus longevos padres); según revelan datos como los de la encuesta sociodemográfica de 1991, aproximadamente “unas 539.000 personas con 60 años y más, tienen aún padres vivos” (Sánchez Vera, 2000:58).

Hay también una proporción de mayores que no tienen familia, no tienen relación con ella o no reside cerca. Adelantado, Segura, De Andrés, Feliu y Martínez (2004:275) destacan en su estudio sobre mayores de 85 años en Sabadell, que según el padrón municipal de julio de ese año, “las personas mayores de esa edad que vivían solos en ese municipio, un 13.6% no tienen familiares cercanos a su domicilio”.

Es preciso asumir que población con estas características no está exenta de presentar problemas y no disponer de ayuda en aspectos fundamentales, como alimentación, higiene y mantenimiento del hogar (Vázquez-Sánchez, Gastelu-Cantero y Casals-Sánchez, 2008).

1.3.1.3. El cuidador informal

Los cambios que se producen durante el envejecimiento y la necesidad de adaptarse a los mismos promueven que, aun en ausencia de dependencia, la familia ejerza cierta vigilancia sobre sus familiares mayores; sin duda este es un determinante muy claro en la conformación de la figura del cuidador. El domicilio como ámbito del cuidado informal adquiere nuevas formas en la relación entre personas mayores y su familia, aún (o con diferentes interacciones) cuando no existe la convivencia.

Por lo que respecta a la dificultad para realizar la tarea de cuidar, las políticas de apoyo público hacia los dependientes se basan fundamentalmente en la generosidad del modelo de cuidados mediterráneo, con limitados recursos; este hecho puede deberse, según algunos autores a desconocimiento de la realidad de los hogares donde viven los mayores o, la dificultad de instrumentar medidas operativas adaptadas a cada situación y a cada tipo de hogar y familia (Puyol Antolín y Abellán García, 2006).

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales propone la implantación de nuevas medidas en el ámbito de la legislación laboral para la prestación de cuidados a las personas dependientes siguiendo la línea iniciada por la ley 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación familiar y laboral de las personas trabajadoras¹; aunque como recoge la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000) en su informe al Defensor del Pueblo, se debería tener en cuenta que priorizar servicios de atención a los mayores

1. La LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999), amplía el derecho a la reducción de jornada y excedencia a los trabajadores que tengan que ocuparse de personas mayores y enfermas, en línea con los cambios demográficos y el envejecimiento de la población. Se establece la aplicación de la reducción de la jornada o excedencia para atender al cuidado de familiares que por razón de edad, accidente o enfermedad no puedan valerse por sí mismos y no desempeñen actividad retribuida, configurándose este derecho como individual de los trabajadores.

no debe de excluir otras formas de ayuda a las familias como permisos retribuidos por enfermedad grave, acudir a visitas o consultas y excedencia para el cuidado (de forma similar a la existente para atender a los niños).

La implementación de La Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia amplía la oferta de medidas en esa línea, sin que esto implique dejar de lado la necesidad de profundizar en la idea de complementariedad entre los servicios públicos y privados.

Cuando en el cuidado el factor de género se cruza con el factor de clase, se intensifica la llamada doble biografía de la mujer española: por una parte, la mujer tradicional, que no trabaja fuera del hogar, con recursos económicos y formativos escasos y un papel de doble cuidadora (del hogar y de la familia) y, por otra parte y cada vez más, la mujer profesional, con más recursos y menos tiempo de atención al hogar. Para Martin (1996), las relaciones familiares, sobre todo las de filiación, dividen su compromiso entre modernidad (individualismo y preservación de la libertad) y tradición (incondicionalidad y obligación). Evidencia este aspecto la tendencia decreciente de la preferencia de las personas mayores por los cuidados familiares (IMSERSO, 2010).

Estos cambios en la familia podrían cuestionar en muchos casos los mensajes de los últimos años respecto a que las personas mayores están mejor en su entorno familiar y comunitario. Pero la realidad es que la familia continúa siendo el proveedor fundamental de cuidados a nuestros mayores (IMSERSO, 2009); muy por encima del que aportan los servicios sociales (Rodríguez, 2006), cuyas prestaciones y funcionamiento pivotan

en la mayoría de los casos sobre la disponibilidad de la familia, y su diseño responde a intereses de que así siga siendo.

1.3.2. El género

El género marca diferencias especialmente en relación a la condición de viudedad: los hombres mayores sienten el impacto de la pérdida de la pareja en mayor medida que las mujeres, (Lin & Ensel, 1989; Peters & Liefbroer, 1997; Ducharme & Corin, 2000).

La dependencia que los hombres de este colectivo tienen con respecto a las mujeres para algunas actividades básicas de la vida diaria, se hace más visible cuando desaparece el cónyuge. Thierry (1999:181) denomina "shock de la viudedad o teoría del corazón roto" a ese estado de vulnerabilidad de los viudos que se relaciona incluso con un aumento de la mortalidad.

Pérez Díaz (2003), destaca la repercusión del tradicional reparto de roles; considera este autor que no proporciona a los hombres mayores autosuficiencia en las tareas de la casa, debiendo ser atendidos o abandonar sin desearlo su vivienda al perder la pareja. En ese sentido, hay estudios que destacan que tener que hacer frente a esos nuevos roles tiene una repercusión más estresante sobre las personas que enviudan que la propia pérdida del ser querido (Pearlin, 1989).

En su nuevo marco residencial la forma en que el hombre (al perder la pareja) asume las tareas que anteriormente fueron realizadas por su mujer, marcará la estabilidad que pueda encontrar (Shahar, Schultz, Shahar, & Wing,

2001; Laínez, 2002). Su pobre experiencia en la realización de las tareas de la casa, con frecuencia le hacen pedir ayuda para conservar su autonomía residencial. La ayuda puede que exista a pesar de no compartir el domicilio, esto le permite continuar en el hogar propio en lugar de trasladarse al de los hijos (López Doblas, 2005).

Respecto al comportamiento al enviudar parece que las mujeres forman nueva pareja en menos casos que los hombres; prefieren vivir solas, retrasando ir a vivir con hijos u otras familiares a partir de los 80 años (Pérez Ortiz, 2004). Para las mujeres mayores "optar por otro hombre, en el fondo, sigue representando una especie de traición al difunto" (López Doblas, 2005:137).

Los cambios en relación a la pareja repercuten en la configuración de la red social. Así, entre las personas mayores, son las que tienen pareja estable las que muestran más amplia red social; los mayores viudos compensan la pérdida conyugal con una mayor presencia de las relaciones con los hijos y nietos. Entre los separados y divorciados se ven reducidos los vínculos establecidos con hijos y nietos. Aunque la conservación de la pareja no está exenta de riesgo de aislamiento, las parejas mayores a menudo se encierran en su casa más aun que los individuos viudos o solteros y el apego que tienen el uno por el otro los puede llevar a hacer el vacío a su alrededor (IMSERO, 2006).

La viudedad está reconocida como un momento clave en la biografía de las personas, que representa el final de un proyecto de vida en común y la ruptura de una forma de vida; en edades avanzadas afecta de forma particular al equilibrio residencial y sus consecuencias, para muchas personas significa

una transición hacia la vida en solitario (Cea D'Ancona y Valles Martínez, 1992).

Con el aumento de la edad, hay una mayor proporción de mujeres viudas por dos causas fundamentales: la mayor esperanza de vida de las mujeres o mayor mortalidad masculina, y la diferencia de edad en el matrimonio, algo muy característico de nuestra sociedad. Esto se evidencia en que mientras que cuatro de cada cinco varones mayores está casado (79,9%), una de cada dos mujeres está viuda (44,5%). La viudedad entre las mujeres suele tener consecuencias económicas importantes para ellas mismas, la sociedad y los sistemas de Seguridad Social, principalmente por el declive en sus condiciones materiales de vida (IMSERSO, 2009).

Parece poder afirmarse que el hecho de vivir con otra persona aporta a la persona mayor seguridad y confianza; en la relación se produce la ayuda mutua (Sánchez Vera, 2000). Ese motivo justifica la situación que se crea tras perder a la pareja que en muchos casos supone el cambio residencial (López Doblas, 2005). A pesar de ello en toda Europa tiende a aumentar el porcentaje de las persona mayores que viven solas y a disminuir las que viven en el domicilio de sus hijos (Bazo y García, 2005). Ambos hechos son más posibles si aumentan los servicios públicos dirigidos a promover la autonomía y atender a los dependientes, de no ser así, entra en conflicto los derechos de la persona dependiente con el de las personas cuidadoras (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996).

En resumen la permanencia en el hogar representa la opción más deseada por las personas mayores y sus familiares y es apoyada por las instituciones. Los casos en los que los mayores accederían al cambio residencial con los

hijos, manifiestan preferencia por los que se encuentran solteros en mayor medida que por quienes están casados, especialmente si es una hija (Iglesias de Ussel, 2001).

La proximidad residencial de los hijos (preferentemente hija) sirve de apoyo en muchos casos, como los derivados de los cambios de humor surgidos de la soledad o de problemas de salud, además de transmitir la percepción de que no es necesario compartir vivienda para que los mayores se sientan apoyados (Attias-Donfut & Segalen, 2002).

Aunque en ausencia o lejanía de la familia, se encarga a los vecinos la vigilancia de posibles emergencias y apoyo emocional y material como comprar, preparar la comida, limpiar la casa o acompañar al médico (López Doblas, 2005), esta situación es más bien puntual. La no disponibilidad de la familia mantenida en el tiempo crea dificultades para satisfacer las necesidades básicas o son atendidas menos adecuadamente (Casas, González, Senders, Aymerich, Domingo y Del Valle, 2001).

1.3.3. Espacio residencial

La mayor parte de la población española espera seguir viviendo en la casa en la que ha vivido; su integración en otros hogares puede deberse a estrategia de reagrupamiento familiar o situación de dependencia (Arriola y Beloki, 2005). La importancia del hogar como el principal contexto para la socialización, el ocio y el cuidado, es aún mayor en los colectivos con limitaciones funcionales. En el hogar es fundamental el derecho de las personas con discapacidad a participar plenamente en la sociedad (Wahl & Gitlin, 2003; Pengelly, 2006).

Newman (2003), en su estudio sobre las condiciones de vida de los ancianos estadounidenses, destaca que la vivienda y su entorno inciden sobre la viabilidad y coste de los servicios de atención domiciliaria, dado que sus condiciones se relacionan con los riesgos para sus residentes; al mismo tiempo, considera que la disponibilidad y accesibilidad de los recursos pueden tener importantes consecuencias sobre la salud.

La existencia de servicios de apoyo para personas mayores en la comunidad se relaciona con disminución de las hospitalizaciones y mejoras en el estado de salud. Pero para su mejor aprovechamiento se necesita de la perspectiva comunitaria en la gestión y la prestación de los servicios; en ese sentido se destaca que de la divulgación y el *marketing* son dos tareas importantes para el conocimiento de la disposición los servicios (Ivery, Akstein-Kahan & Murphy, 2010).

Los entornos del envejecimiento es una de las líneas prioritaria de investigación en Europa en los próximos años; en ella se incluyen las investigaciones dirigidas a evitar la discriminación o situaciones de violencia con los mayores en su entorno. Se destaca la importancia de la características de la vivienda y su entorno como instrumentos de calidad de vida (Rodríguez Rodríguez, 2011).

1.3.3.1. La vivienda

La vivienda constituye uno de los marcos en los que se proyectan todos los cambios que van experimentando las personas al tiempo que envejecen; por este motivo las casas cuya estructura, condiciones y recursos hayan sido poco o nada pensados para ese colectivo, dificultan la permanencia en él.

Para las personas mayores el hogar se presenta como, el lugar donde mejor se pueden manejar, ya que dispone del orden que ellos han creado; por ello se manifiestan reticentes a abandonarlo. Los espacios desconocidos agreden, por la cantidad de información nueva que pueden contener, o por las nuevas aptitudes que demandan (Prieto Sancho et al., 2009).

Existen múltiples investigaciones que demuestran que mantener a las personas mayores residiendo en su propio hogar, adecuando los espacios de vivienda y entorno, mejora su calidad de vida y su autonomía; se producen estas mejoras de forma destacada en aquellas personas que tienen limitaciones funcionales. Además tal es la recomendación más frecuente de todo tipo de entidades públicas (Farquhar, 1995; Pinto, De Medici, Van Sant, Bianchi, Zlotnicki, & Napoli, 2000; Casas et al 2001; Castellón Sánchez del Pino, 2003; Poveda, Belda, Barberà, Cort, Prat, Matey, Soler y Dejoz, 2005; Rioux, 2005; IMSERSO, 2006).

La permanencia en su domicilio evidencia la necesidad de incrementar las prestaciones y servicios para la realización de sus actividades de la vida diaria. Buena parte de esos servicios en la actualidad se desarrollan en el seno de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia.

La importancia de los aspectos concretos de la adaptación de la vivienda han sido analizada por Alonso López (2007), que considera que son necesarias tres tipos de intervenciones: a) la supresión de barreras en accesos y elementos comunes (escaleras, pasillos, ascensor); b) la adaptación en el interior de la vivienda; c) la provisión de ayudas técnicas destinadas a facilitar o habilitar la realización de actividades de la vida diaria en el hogar.

Pero no siempre el domicilio o el entorno reúnen las mínimas condiciones necesarias para vivir dignamente, bien sea por el estado de la vivienda, por la existencia de barreras arquitectónicas o por escasa dotación de servicios básicos. De hecho es frecuente la situación en la que la vivienda envejece con su propietario; como señalan otros autores vivir en soledad y ser mayor se relaciona con más carencias en el equipamiento (Arriola y Beloki, 2005).

Según los datos del informe 2008 sobre las condiciones de vida de las personas mayores, el 8,5% no dispone de teléfono fijo, cifra aún mayor entre los que viven solos (11,8%); el 61,2% no tiene teléfono móvil; entre los que viven solos la cifra alcanza el 69,7%; el 49,9% no tiene calefacción en toda la casa; dato que alcanza el 54,8% en las casas unifamiliares de las personas mayores. Respecto a la accesibilidad, uno de cada 5 mayores reside en edificios sin ascensor; de ellos, más de la mitad tiene escaleras para llegar a su vivienda.

Situaciones aun peores se ponían de manifiesto en el estudio previo de Adelantado et al., (2004), en el que casi un 40% de las viviendas de las personas mayores de 85 años tienen acceso difícil.

Alonso López (2007) en su estudio de viviendas en tres comunidades autónomas, destaca que de los hogares que cuentan con una persona mayor de 65 años, el 78,76% no es accesible² y, en el caso de las mujeres mayores que viven solas, la inaccesibilidad supera el 80%. Este autor, pone de manifiesto que conseguir unos niveles aceptables de adaptación interior

2. Según el Censo, un edificio es accesible cuando una persona en silla de ruedas puede acceder desde la calle hasta dentro de cada una de sus viviendas sin ayuda de otra persona.

de la vivienda es factible en un elevado porcentaje de casos. En cambio, la posibilidad de entrar y salir de las viviendas con ayuda es muy problemático. Pero la instalación de ascensor que facilitaría esta tarea, no es factible en una elevada proporción de viviendas habitadas por mayores.

Tradicionalmente las personas mayores han tendido a considerar un gasto y no una inversión estrictamente necesaria el dinero empleado para la adaptación de las viviendas. A pesar de que existe en la literatura evidencia del efecto de no intervenir sobre la calidad y accesibilidad de las viviendas; el coste puede ser considerablemente superior en la medida que adelanta la institucionalización, incrementa la demanda de asistencia y aumenta la probabilidad de caídas de las personas mayores (Lansley, McCready & Tinker, 2004; Gerson, Camargo & Wilber, 2005).

En el mismo sentido, también se destaca la frecuencia con la que el alta de un hospital, independientemente del motivo de ingreso, incrementa la fragilidad de la persona mayor; en estos casos la dificultad para volver a vivir en su domicilio está fuertemente asociada con la inadaptación de la vivienda (De Pedro, Gallo, Zaforteza, Bover y Galmes, 2001).

La casa suele ser el principal recurso que las personas mayores tienen y encierra muchos significados, especialmente en España, donde la movilidad residencial a lo largo del curso de vida es más baja que en otros países europeos (Puga, Abellán García y Sancho, 2006; Puyol Antolín y Abellán García, 2006).

Desde el ámbito de la salud se pone de manifiesto (y es motivo de análisis) la dificultad de permanencia del mayor en el domicilio cuando aumenta alguno de

sus deterioros. Adquiere especial relevancia la realización de la valoración de las características de la vivienda y su entorno inmediato; y debe ser tenido en cuenta que las personas mayores tienden a sobrevalorar el entorno conocido de su barrio (Pérez Ortiz, 2004).

Otro aspecto que enfatiza la importancia de la vivienda es el hecho de que muchos de los procesos relacionados con la dependencia y la incapacidad, se viven fuera del ámbito institucional (son acogidos por la familia en la vivienda) (Astrain, Jusué, Celaya y Gaminde, 1999). En el sistema actual, todavía en muchos casos, al cesar la patología, si desde el punto de vista médico se considera que su estancia en el hospital ya no implica mejorías considerables, el paciente debe ser dado de alta independientemente de su situación de autonomía.

A las personas mayores, especialmente a las que viven solas, las preocupan los problemas que puedan aparecer en el ámbito del domicilio sin tener alguien cerca; de igual forma temen ser víctimas de algún delito en el domicilio.

Así, algunos reducen el miedo aumentando medidas de seguridad. En algunos casos preocupaciones de este tipo significan el final de la etapa de vivir solo (López Doblas, 2005).

Los servicios de atención a domicilio son presentados como una alternativa para facilitar la permanencia en el domicilio. La aceptación de los recursos por parte de los usuarios mayores se relaciona con estar involucrado en las decisiones sobre dichos servicios; pero frente a su utilización a menudo los mayores afectados manifiestan rechazo por que sienten que se debilita su sentido de independencia (Haak, Fänge, Iwarsson & Dahlin, 2007).

La experiencia de ser cuidado en el domicilio ha sido estudiada por Angus, Kontos, Dyck, McKeever y Poland (2005) que destacan la importancia de que los usuarios participen en la atención para minimizar la interrupción de las prácticas existentes en el hogar.

Respecto a la causa que desencadena que los mayores abandonen sus hogares para vivir en residencia, piso tutelado o domicilio, cabe destacar que a menudo no responde a los intereses de la persona mayor y su familia, sino a motivos indirectos (relacionados con la vivienda y su entorno). Evaluar periódicamente la capacidad de la persona mayor, así como conocer la existencia, disponibilidad, coste y accesibilidad de los recursos sociosanitarios, facilita la decisión sobre su situación.

1.3.3.2. El entorno de la vivienda

El entorno de la vivienda tiene capacidad para articular las relaciones de intercambio de los hogares con el exterior. Carp (1976) recoge que las definiciones que podemos encontrar sobre personas mayores tienen en común el hecho de reconocer un progresivo deterioro que hace que se encuentren más afectadas por su entorno que los más jóvenes. En consecuencia, los entornos deberían apoyarles para compensar estas pérdidas.

Las personas mayores valoran satisfactoriamente, según Casas et al. (2001), entornos adecuados y seguros y destacan la importancia de que el contexto ambiental sea para ellos transitable, limpio, bien iluminado, muy comunicado y con mobiliario urbano utilizable.

El individuo y la sociedad son componentes inseparables de un sistema, ya que ninguno de los dos tendría sentido sin el otro. Ninguno de los dos términos puede ser entendido aisladamente sino como un ecosistema que comprende tanto el organismo como su entorno (Monreal Bosch, del Valle Gómez y Serda Ferrer, 2009).

En términos generales la accesibilidad en el entorno de la vivienda juega un papel importante en los estilos de vida de los mayores que permanecen en el domicilio. Si bien es más evidente en las personas afectas de limitación funcional y sus cuidadores que suplen la inaccesibilidad con esfuerzo físico.

La configuración de la ciudad es un factor para explicar la soledad. Medina y Cembranos (1996) consideran que para los ancianos la ciudad no es abarcable; no lo es para dominarla, comprenderla o establecer relaciones. En la ciudad se pierde la proximidad; es difícil que tu vecino se interese por tu madre, o conversar por la calle. Ante esta pérdida de espacio para las relaciones personales las personas mayores se aíslan en su casa.

Tener en cuenta las características de las personas mayores puede establecer la diferencia entre autonomía y dependencia. El entorno de la vivienda debe ofrecer condiciones para que las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria puedan seguir siendo realizadas con normalidad, aunque sea necesario contar con ciertos apoyos. Diversos trabajos analizan la relación entre la vivienda y el riesgo de aislamiento (Fericgla, 2002; OMS, 2002; Giró Miranda, 2006). Todos observan que viviendas seguras, próximas a la familia, con servicios y trasportes adecuados facilitan la interacción social.

Cuando el entorno resulta un medio hostil, existe riesgo de aislamiento. Con el fin de evitarlo se trabaja en conceptos de ciudad favorecedora de la integración social, seguras con servicios y equipamientos accesibles (Tinker, 2000).

La OMS (2008), propone políticas que ha llamado, amistosas, con los ancianos, que permitan a aquellos que tienen discapacidades puedan permanecer más tiempo en sus hogares y participar plenamente en la vida de la comunidad. Una ciudad amigable con la edad enfatiza la autonomía por encima de la discapacidad. Sus calles deben disponer, por ejemplo, de suficientes asientos e instalaciones de baño; las rampas para acceder a edificios deben ser normalizadas, y los semáforos en los cruces peatonales deben estar sincronizados. Y en términos generales, el diseño de edificios y viviendas debe estar libre de barreras. San Sebastián es la primera ciudad española que forma parte de la red *age-friendly cities* (AFC).

1.3.3.3. Los productos de la vida diaria

En relación a los productos de utilización en la vida diaria, la cada vez más numerosa presencia de las personas mayores como consumidores, evidencia que el mercado en general está pensado esencialmente para el adulto joven. Hasta ahora el mercado que consideraba cliente potencial a la persona mayor era minoritario y de productos concretos.

Con los actuales cambios demográficos, el hecho de concebir a los mayores como clientes, sugiere tener en consideración elementos de su cultura, sus tendencias y hábitos como consumidores. Sánchez Vera (2000), en su análisis del mayor como consumidor afirma que: a) no es usuario de las grandes superficies, b) no es comprador compulsivo, c) tiene en cuenta el

precio, d) utiliza poco la tarjeta de crédito y e) suele ser fiel a las marcas. Este autor pone de manifiesto el reto que para los fabricantes supone tener en cuenta en sus productos los cambios inherentes al envejecimiento. Este proceso, hace del consumidor mayor alguien más exigente como cliente; por ejemplo por su dificultad para abrir algunos envases, por los problemas de lectura y comprensión de las etiquetas o por la dificultad para ajustar los gastos a la capacidad adquisitiva de su pensión.

En el mismo sentido, Poveda, Barberà, Prat y Vera (2009), identifican que uno de los principales problemas de los consumidores mayores es la falta de adecuación de los productos a sus necesidades, características y preferencias; destacan respecto a su criterio de compra las preferencias por la capacidad de uso, calidad y funcionalidad. La estabilidad económica de los mayores más jóvenes es otro aspecto destacado por estos autores. La persona mayor se convierte en consumidor de productos que antes no estaban a su alcance, pero ahora tiene interés por ellos. En términos generales los mayores saben valorar la adecuación y calidad de los productos y servicios que utilizan a la vez que son críticos con un mercado que consideran debe ser más próximo al cada vez más numeroso y cualificado consumidor mayor.

Factores tales como que la persona mayor pueda utilizar un producto para la tarea para la que ha sido diseñado; a la vez que pueda hacerse con rapidez y facilidad afectan a la vida diaria y actúan como predictores de situaciones relativas a la autonomía funcional. En el trabajo de Poveda, Belda, Barberà, Cort, Prat, Matey, Soler y Dejoz (2005), las actividades de la vida diaria más problemáticas según las personas mayores están relacionadas con la limpieza por la dificultad para agacharse y la menor

fuerza, y vestirse y desvestirse por falta de movilidad en los brazos, fuerza para calzarse y dificultad para subir el pie.

Un aspecto importante de los productos que utilizan que ha sido destacado en diferentes estudios es el rechazo existente entre los consumidores mayores a las etiquetas en general, (Sánchez-Herrero, Sánchez Almagro y Veguilla, 1994; Sánchez Vera, 2000). Para ellos, el etiquetado no parece que cumpla la función de fuente de información para la que ha sido diseñado. Manifiestan, las personas mayores que solo tienen en cuenta las etiquetas de los lácteos por la fecha de caducidad; también ponen de manifiesto que aunque necesitan gafas no las utilizan para hacer la compra. Un aspecto que supone un problema es la inclusión en las etiquetas de información en todos los idiomas de los países en los que va a ser vendido, a costa de que la letra sea demasiado pequeña, pudiendo ser más visible la marca que el producto. Respecto a sus posibles mejoras, los mayores aluden a la necesidad de aumentar el tamaño de la letra y modificar el diseño o los colores para mejorar el contraste y en cuanto al contenido, proponen eliminar información irrelevante, destacar la información sobre los peligros, unificar los símbolos para mejorar su comprensión y establecer claramente datos como precio, fecha de caducidad y componentes.

A diferencia de lo que suele acontecer en otros grupos de edad, entre los mayores prevalece la existencia de un ocio no monetario (Sánchez Vera, 2000). Realizan más actividades de carácter pasivo y dentro del hogar, como ver tv, rezar, pensar o meditar y oír radio. Hacer compras y recados es considerado una importante actividad social (Pérez Ortiz, 2004).

Respecto a las decisiones económicas en esta cohorte de mayores hay que tener en cuenta que han estado masculinizadas: la mujer, hasta que no es

viuda, no hace frente a la gestión de dinero y en algunos de esos casos se deja asesorar por sus hijos. La independencia que para la mujer puede suponer la viudedad viene acompañada de tenerse que reciclar en términos económicos; con frecuencia en un espacio corto de tiempo sienten la sensación de poder y libertad respecto al dinero. Las mujeres mayores viudas pierden poder adquisitivo pero ganan el control del patrimonio (Sánchez Vera, 2000).

Así pues, se puede afirmar que los productos utilizados por los mayores en la realización de las actividades de la vida diaria, muchas veces se elaboran por el interés del mercado³ sin tener en cuenta las necesidades del usuario (López Vicente, Andreu Muñoz, Ramiro Pollo, Poveda Puente, Barberà i Guillem, Cort Bordería, Sánchez Lacuesta y Prat Pastor, 2003). La mayoría de los fabricantes no tiene en cuenta aspectos ergonómicos en sus diseños que les harían más competitivos entre el colectivo de mayores. Para hacer frente a los cambios demográficos deberán crecer los productos que faciliten la vida diaria, teniendo en cuenta que recordar la edad no es agradable.

1.3.4. Capacidad funcional

El drama del viejo consiste a menudo en que no puede lo que quiere. Concibe, proyecta y en el momento de ejecutar, la fatiga corta sus impulsos (De Beauvoir, 1970).

La tendencia de los mayores a orientar sus proyectos en el presente frente a la incertidumbre y la inseguridad que suscita el mañana, lo denominan

3. Puede reconocerse con facilidad en los comercios la exclusión de la población geriátrica del *target* de los fabricantes, que se manifiesta en la dificultad que tienen para encontrar por ejemplo ropa y calzado.

“Vivir en presente continuo” (Prieto Sancho et al., 2009:83). El presente aparece en los discursos como un momento que no admite comparación con situaciones anteriores por la irreversibilidad de los cambios acaecidos, y cuyo referente es un futuro en el que la pérdida de autonomía, consideran que abandonará a las personas mayores en manos de quienes se ocupen de ellas. Las expectativas, por lo tanto, pasan por mantenerse como se está, reivindicando el orgullo de conservar una autonomía para desenvolverse dentro de las circunstancias vitales de cada persona.

Se entiende por capacidad funcional la habilidad que tiene una persona para desempeñar actividades habituales para las personas de similar edad y condición. Este concepto es muy amplio y puede ser utilizado para referirse a múltiples actividades, sin embargo, en general, el concepto de capacidad funcional suele referirse a las actividades básicas de la vida diaria (comer, higiene, vestirse, utilizar el cuarto de baño, continencia y movilidad); éstas marcan el umbral de la discapacidad más evidente en la práctica clínica sanitaria; es decir, la falta de independencia para el autocuidado y por lo tanto, la necesidad de ayuda de otras personas.

El nivel de estudios, como herramienta facilitadora de conductas de mantenimiento de la salud, aparece relacionado en trabajos como los de (Clark & Maddox , 1992; Boulton, Kane, Louis, Boulton, & McCaffrey, 1994; Shieman & Campbell, 2001); de igual manera, se ha demostrado que tiene relación con el conocimiento y utilización de los recursos y servicios comunitarios, tanto en España como en países como Noruega con Estado de Bienestar más desarrollados (Suominen-Taipale, Koskinen, Martelin, Holmen y Johnsen, 2004; Iglesias-Souto, Taboada Ares, Dosil Maceira y Cuba López, 2008).

Parece pues poder esperarse, que un mayor nivel de instrucción se relacione con mejores oportunidades en la vida y mayores ingresos y en consecuencia, un retraso en la entrada en discapacidad (INE, 2009). En el estudio de Puyol Antolín y Abellán García (2006) se destaca que el riesgo de padecer discapacidad aumenta según desciende el nivel educativo: las tasas entre las personas con estudios superiores se sitúan en el 13,1%, y las de los que no tienen estudios o son analfabetos alcanzan el 29,8%. Asistimos en ese sentido a un cambio positivo que se producirá con el nuevo nivel de estudios de las próximas generaciones de mayores. Los estudios se consideran un indicador indirecto de posición económica y social; además la instrucción se relaciona con capacidades y utilización de recursos (Abellán García, Esparza Catalán y Pérez Díaz, 2011).

Los trabajos que relacionan el nivel de instrucción y la realización de las actividades de la vida diaria, ponen de manifiesto que las personas mayores con niveles socioeconómicos bajos tienen más dificultades especialmente si viven solos. López Doblas (2005), destaca respecto a las características del colectivo de mayores actuales, que en nuestro país, el 11% de las mujeres y el 6% de los hombres mayores que viven solos, son analfabetos; afirma además, que existe un 37,2% de personas que, aun sabiendo leer y escribir, carecen de instrucción académica. No es difícil, afirma este autor, imaginar las limitaciones que estos mayores encuentran en el curso diario de sus vidas. Estos datos parecen apoyar que el aumento del nivel de instrucción conlleva conocimiento sobre actividades de promoción de la salud que puede retrasar la dependencia.

En términos generales es admitido que el envejecimiento es un proceso en el cual se producen interacciones bidireccionales entre el organismo

y su entorno (Baltes & Dixon, 1984; Fletcher, Dickinson & Philp, 1992; OMS, 2002; Rico 2003; Casas et al., 2001). Así, circunstancias tales como las dificultades relacionadas con la movilidad son consideradas parte del proceso de envejecimiento. Las personas mayores se mueven más despacio y con menos seguridad; y ambas respuestas tiene consecuencias en su vida diaria (Moreira y Lillo, 2004). No debe por tanto, la capacidad funcional ser considerada un rasgo absoluto de la persona sino la expresión de esa interacción.

1.3.4.1. Discapacidad

La actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la OMS en 2001, define la discapacidad como una limitación de la capacidad humana que hace imposible o dificulta gravemente la actividad normal de la persona, debe afectarle durante más de un año y tener su origen en una deficiencia. Entendiendo por actividad el rendimiento funcional de una persona, las actividades pueden verse limitadas en su naturaleza, duración y calidad. La deficiencia hace referencia a la anormalidad en la estructura o función de un órgano o sistema corporal; la discapacidad es la consecuencia de la deficiencia (CEAPAT-IMSERSO, 2007)

Las personas con discapacidad tienen limitaciones para realizar determinadas actividades en un contexto social y en un entorno determinado; pero no todas necesitan ayuda de otra persona para desenvolverse en su vida diaria. Esa situación, además, puede, o no, producir dependencia. Para, Puga y Abellán, (2004) discapacidad es la brecha entre las capacidades de la persona y las demandas del medio; de ahí la importancia de ser tenido en cuenta que un entorno con estímulos, ayudas protésicas y que conjugue autonomía

y seguridad, contribuye a que las personas mayores funcionen en niveles óptimos de ejecución (Pérez Salanova y Yanguas, 1998).

Desde una perspectiva social, el término discapacidad cubre todas las consecuencias de las limitaciones funcionales, cognitivas o emocionales para el funcionamiento y la participación del individuo en el medio físico y social en el que desarrolla su vida (Puga y Abellán, 2004). En cambio, un enfoque tradicional o médico de la discapacidad entiende ésta en o dentro del individuo, relegando los factores sociales o del medio. (Alonso López, 2007). Actualmente este enfoque social está ampliamente aceptado. Pero dado que la discapacidad tiene diversas formas y evoluciona en el tiempo, su definición está sujeta a dificultades de medición (Verbrugge & Jette, 1994).

Según Bazo (2004) cada vez resulta más relevante conocer la esperanza de vida libre de discapacidad. En el estudio europeo (CLESA), Minicuci, Noale, Pluijm, Zunzunegui, Blumstein, Deeg, Bardage, y Jylhä (2004) muestran niveles de mayor esperanza de vida unidos a una menor esperanza de vida libre de discapacidad en las personas mayores de países del sur de Europa (Italia y España) que en las de países del norte (Finlandia, Suecia y Holanda). En España entre los varones de 65 y más años es de 11 años y de 12 para las mujeres de la misma edad. En el año 2008 seis de cada diez españoles discapacitados son personas de 65 años y más, y la media de edad de la discapacidad se sitúa en los 64,3 años (INE, 2009).

Investigaciones recientes confirman que la discapacidad no es un resultado inevitable de la edad (Fukukawa, Nakashima, Tsuboi, Naoakira, Ando, Kosugi & Shimokata, 2004); aunque las limitaciones en las actividades de la vida

diaria representan la consecuencia más adversa de los problemas de salud que típicamente padecen las personas al envejecer.

La idea de discapacidad como un resultado de factores potencialmente modificables y que, por tanto, pueden ser minimizados nos conduce a entender la importancia que la vivienda y sus barreras adquieren como causa del agravamiento de las limitaciones funcionales del individuo. Si al eliminar las barreras disminuye la discapacidad o sus efectos, resulta evidente la importancia que tanto el diseño accesible como la adaptación adquieren para todas aquellas personas que presentan deficiencias discapacitantes (Mace, 1990; Gitlin, 2006).

1.3.4.2. Autonomía

Autonomía, se define en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”⁴.

1.3.4.3. Dependencia

Dependencia, según la misma Ley 39/2006 de 14 de diciembre, se define como “el estado de carácter permanente, en la que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual, precisan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de otros apoyos para

4. BOE 299, de 15/12/2006, artículo 2, pp: 44.144.

su autonomía personal”⁵. Esta pérdida de autonomía se puede deber, a una enfermedad o una discapacidad y puede considerarse el ajuste de los individuos a las demandas del medio físico y social. Tal como señala Rodríguez (1998), dependencia y pérdida de autonomía no son términos intercambiables ya que una persona puede ser independiente para la realización de las AVD (actividades de la vida diaria) y carecer de autonomía en la toma de algunas decisiones que vienen impuestas por familiares u otras personas.

La dependencia en nuestro país, según los datos del INE, (2009) afecta, sobre todo, a uno de cada cuatro octogenarios (26,7%) y a dos de cada tres mujeres ancianas (66,9%).

Las actividades instrumentales son más complejas que las básicas y requieren un mayor nivel de habilidad para ser ejecutadas; por lo tanto, es evidente que el deterioro de estas capacidades, para estas tareas instrumentales, suele preceder en el tiempo al deterioro de las actividades básicas. En este sentido, varios autores han sugerido que las actividades instrumentales podrían ser utilizadas como indicadores de riesgo de discapacidad y, por lo tanto, serían marcadores de fragilidad (Robles, Miralles, Llorach y Cervera, 2006).

Las estrategias de adaptación frente a los cambios que se producen a lo largo de todo el ciclo vital son parte del éxito del envejecimiento. La valoración de los factores subjetivos para ser más precisa requiere ser realizada en el contexto del individuo incorporando aspectos del entorno; intentando evitar de esa manera la disparidad, como la que puede existir entre las necesidades

5. BOE 299, de 15/12/2006, artículo 2, pp: 44.144.

que preocupan a los enfermos y las que los científicos deciden que son mejor para ellos (Sanz, 2000). Esa valoración realizada para la planificación de ayuda debe aportar el peso que para cada persona tiene la posibilidad de ser autónomo.

La importancia de valorar el nivel de autonomía al individualizar la ayuda se pone de manifiesto, según Ruiz-Jimenez, Colás-Taugís, Padín-Minaya, Morell, López Pisa y Hernández Faba (2006), en la percepción de bienestar que durante el envejecimiento está influenciada por factores subjetivos como el equilibrio entre retos y habilidades, actitud personal y el hecho de disponer o no de recursos.

Respecto a la forma cómo medimos estas capacidades existe un cuestionamiento de las concepciones biomédicas por su tendencia a culpar al paciente por padecer su condición, dejando fuera la influencia de factores sociales, psicológicos, y ambientales; ruptura entre el saber del paciente (sensitivo, primario, no categorizado y no acorde con la sintomatología establecida) y el del cuerpo médico (establecido, científico, generalizado, universal y jerárquicamente ordenado) que categoriza enfermos en función de que sus síntomas coincidan con el panel de enfermedades reconocidas, negándose a admitir la relación entre estructuras sociales y enfermedad (Miquel Novajra, 2003); en contraposición existen perspectivas que analizan la discapacidad como algo que ocurre no como algo que se tiene (Hurst, 2000; Palacios Ramos y Abellán García, 2003).

El trabajo de Le Breton (2006) sobre el cuerpo y la modernidad analiza en personas que se encuentran fuera de su lugar social, la persistencia de síntomas en ausencia de enfermedad; destaca este autor la utilización del

síntoma como medio para que su existencia sea reconocida por los otros. Frente a esto la medicina alejada del marco social apuesta solo por el cuerpo dejando de lado otras variables en la apreciación de la enfermedad y los medios para curarla.

Cada vez son más las opiniones que apoyan la incapacidad del modelo biomédico tradicional para dar respuesta a muchos de los problemas del envejecimiento. Frente a la presentación del envejecimiento como disminución, surgen alternativas dirigidas a analizar los retos y las oportunidades para las personas mayores (Powell & Gilbert, 2009). Sin dejar de destacar por ello el papel relevante de dicho modelo biomédico en apoyar el diagnóstico, pronóstico y respuesta a fármacos de las enfermedades durante el envejecimiento humano; interés que se destaca en los datos sobre las actuales prioridades de investigación sobre envejecimiento en Europa (Rodríguez Rodríguez, 2011).

Por otra parte una excesiva medicalización de la dependencia puede resultar costosa para el sistema sanitario y no resuelve los verdaderos problemas de quien no puede valerse por sí mismo. Cuando el modelo médico enfatiza el tratamiento clínico y el manejo de las dificultades como enfermedades, estima que las soluciones están más dentro del individuo que de la sociedad, provocando un cierto desentendimiento de la responsabilidad social sobre la dependencia (Puga, 2005).

Para (Puga y Abellán, 2004) la dependencia, igual que otras medidas de capacidad funcional, es un concepto mensurable desde el punto de vista médico, pero su abordaje se sitúa claramente en el ámbito de lo social. La dependencia es un hecho variable en función de la salud y factores del contexto en el que desenvuelve la persona. Oliveira y Villaverde (2001) proponen la

integración de los modelos médico y social como la visión que parece más coherente para entender la relación entre la salud y la incapacidad.

Así pues, el análisis del entorno del individuo permitirá determinar los apoyos necesarios para la permanencia de los mayores en la comunidad. Además para conocer las limitaciones funcionales es necesario tener en cuenta aspectos sociodemográficos que marcan diferencias a la hora de establecer cualquier tipo de relación usuario-producto. Estas diferencias recogidas en la Guía práctica para fabricantes de productos de la vida diaria y ayudas técnicas realizada por la Fundación CEDAT (centro de estudios para el desarrollo de ayudas técnicas) y el IBV (instituto de biomecánica de Valencia) son entre otras: edad, género, nivel de instrucción, convivencia, profesión, situación laboral, entorno socio-familiar, situación económica y estado de salud (Poveda, López, Barberà y Andreu, 2003).

La capacidad funcional en la vejez presenta diferencias por razón de género, los reparto de roles generan dos formas de envejecer. El actual colectivo de hombres mayores ha participado poco o nada en la realización de AVD e instrumentales. Los hombres reconocen sus limitaciones y suele temer más la soledad especialmente por la dificultad en el manejo de las actividades domésticas, al menos en estas generaciones de mayores, llegando a manifestar más necesidad de encontrar pareja que la mujer para evitar las dificultades de la soledad residencial (López Doblas, 2005; IMSERSO, 2006). Las mujeres están más capacitadas para cuidarse de sí mismas y vivir solas; mientras que la percepción de los hombres de su dependencia está vinculada a tener que cuidar la casa o no (Adelantado et al, 2004). Los hombres presentan más dependencias en las actividades ligadas al mantenimiento del hogar y las mujeres en la utilización del transporte y dinero (Tomas, Zunzunegui, Moreno y Germán, 2003).

Los instrumentos utilizados generalmente para medir la capacidad funcional presentan limitaciones como la fiabilidad de las declaraciones hechas por los entrevistados, la capacidad de observación de personas cercanas y la precisión para detectar unos aspectos mientras que otros pueden pasar desapercibidos. Así, para Puyol y Abellán (2006) la resistencia de los varones a reconocer fragilidad o debilidad, o tareas distribuidas tradicionalmente por sexo, contribuye a la forma de preguntar por las dificultades en los cuestionarios. Otros autores sugieren que entre los muy longevos, la mayor masa muscular de los hombres les facilita conservar las habilidades que miden las escalas de capacidad para la realización de AVD, hecho que justificaría el mayor grado de dependencia entre las mujeres (Rabuñal, Monte, Veiga, Rigueiro, López, Casariego y Gerrero, 2004; Andersen-Ramberg, Christensen, Jeune, Skitthe, Vasegaard & Vaupel, 1999).

En general la valoración de la persona con dependencia se basa en conocer su capacidad para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria si bien cabe tener presente que diferentes objetivos requerirán instrucciones de uso distintas. De esta manera, como plantea, Puyol Antolín y Abellán García (2006:7), la valoración puede realizarse para: a) Establecer un plan de cuidados, b) Conocer las características de una población, c) Conocer si una persona reúne los requisitos para acceder a determinados servicios o prestaciones.

Podría decirse que la diversidad de medidas utilizadas hasta ahora ha consentido la inmovilidad de familias y profesionales frente a las condiciones en las que algunos mayores permanecen en sus domicilios. La persona mayor y su familia tienden a sobrevalorar sus capacidades y el sistema sanitario es lento y dispone de escasos recursos para valorar y muy pocos para cuidar en estos casos.

La propuesta de Querejeta (2003) de unificar criterios de valoración incluye hablar de grado de dependencia en relación a qué actividad y en función de qué baremo, así como clasificar el problema y no la persona por ejemplo: Persona con discapacidad para actividades de autocuidado por deterioro cognitivo. La dificultad para comparar resultados, al no existir un instrumento único para calcular la prevalencia de la discapacidad y la dependencia es destacado por Abellán García, Esparza Catalán y Pérez Díaz (2011:45) que a partir de la clasificación de la OMS, 2001, consideran que "dependiente es la persona con discapacidad que recibe ayuda (suficiente, insuficiente o innecesaria) o que la solicita pero no la recibe".

En el ámbito de la intervención, Puga (2005) sugiere adaptar las expectativas sociales a la fragilidad creciente de la vejez y añadir intervenciones sobre un entorno físico y social menos exigente. Desde el primer momento de la valoración debe darse un peso mayor al diagnóstico de la vivienda, entorno y servicios a fin que profesionales especializados puedan dirigir la adecuación del entorno del mayor (Poveda et al., 2005).

En el estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores, (IMSERSO, 2006) destaca en sus datos que en España la cuarta parte tiene algún tipo de problemas para la realización de actividades de la vida diaria; El mayor número de limitaciones aparecen en movilidad exterior; le siguen en importancia los problemas en actividades instrumentales y finalmente, el menor número de limitaciones, pero las más graves y que demandan más apoyo, están referidas a actividades de autocuidado y autonomía personal.

Otero et al., (2004) destacan que la edad avanzada agudiza las desigualdades: la tasa de dependencia de las personas de 75 y más años, duplica a la de la

población entre 65 y 74 años. La dependencia en las ABVD está más presente entre las personas mayores de sexo femenino, debido a causas biológicas y estilos de vida con frecuencia restringidos a la esfera doméstica.

El binomio envejecimiento-dependencia, constituye un auténtico reto para las familias y las políticas sociales que afortunadamente empieza a disociarse. Este cambio se atribuye entre otros motivos a un mejor acceso de la población a la educación, tanto en los aspectos puramente intelectuales como sanitarios (Sancho Castiello, Yanguas Lezaun, Díaz Veiga, Rodríguez Rodríguez, Pérez Salanova, Serrano Garijo, Bermejo García, Mesa Lampre, Gómez Pavón, Ruipérez Cantera, y Gutiérrez, (2006). Es así, especialmente relevante el papel que juegan los individuos frente a su propio riesgo de dependencia, tanto en el aspecto económico como en el de la salud; siendo necesario conocer la percepción que ellos tienen de su capacidad funcional, y en general la responsabilidad del individuo en las conductas que conllevan estilos de vida saludable, provisión económica para el futuro y mantenimiento del capital social (Bazo, 2005).

La repercusión que el nivel de autonomía de las personas mayores tiene sobre las familias, programas sociales y sanitarios, así como sobre la sociedad en su conjunto preocupa a los profesionales que configuran el equipo de salud.

1.3.4.4. Anciano frágil

Anciano frágil es un término que se utiliza en gerontología de manera cada vez más homogénea para referirse a aquella persona mayor que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que sin embargo, cuando están compensadas

permiten al anciano mantener su independencia gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. Se define al anciano frágil como aquél que presenta un aumento de la vulnerabilidad ante la presencia de estresores, como consecuencia de la alteración de su fisiológica (Rockwood, Hogan & MacKnight, 2000; Fried et al., 2004).

En los ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente conservada para las actividades básicas de la vida diaria, aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas como son hacer gestiones, comprar e ir a los servicios de salud, etc. Son actividades con cierta dificultad que se incrementa para estas generaciones tanto por la disminución o ralentización de ciertas funciones físicas como por el bajo nivel educativo (Álvarez, 2005:35). En general se considera que aumenta la fragilidad de manera significativa partir de los 80 años. Una vez más se evidencia la relación entre nivel educativo y capacidad.

Los cambios que se presentan en la vejez tienen proyección social sobre la vida cotidiana de quienes lo experimentan. Como señalan Mishara & Riedel, (1986), la toma de conciencia de la vejez se produce cuando estos cambios afectan al desarrollo de la vida cotidiana. Ser o no capaz de realizar de forma autónoma las actividades, no sólo es un predictor de necesidad de ayuda sino que es un ingrediente esencial de la satisfacción personal; especialmente entre las personas mayores en situaciones en las que la autonomía para realizarlas está en riesgo (Villar, Triado y Osuna, 2003).

Términos como fragilidad, deficiencia, discapacidad, incapacidad o dependencia hasta ahora, quizás por su proximidad conceptual, han sido usados indistintamente por muchos autores para sus cálculos (Palacios

Ramos y Abellán García, 2003). Profundizar en el estudio de los factores determinantes en cada caso es esencial para establecer políticas dirigidas a aumentar las condiciones ambientales y sociales favorecedoras de la autonomía e integración social en la vejez.

1.3.5. Recursos sociosanitarios

Cuando se ha comprendido lo que es la condición humana de los viejos no es posible conformarse con reclamar una política más generosa en la vejez. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no pueden sino ser radical: cambiar la vida (De Beauvoir, 1970).

Las personas mayores y sus familias están teniendo un papel relevante en la demanda de soluciones sociosanitarias a sus problemas de salud. El fenómeno del envejecimiento acelerado a que estamos asistiendo, fundamentalmente en países como España, ha provocado una avalancha de demandas para las que no estábamos preparados ni a nivel de recursos ni en el campo de las actitudes. La existencia y accesibilidad de servicios sanitarios y sociales se considera uno de los determinantes de la salud; aunque la preferencia por unos recursos u otros depende en gran medida de rasgos biográficos de la persona mayor.

La permanencia en el domicilio en edades geriátricas puede poner en riesgo algunas de las rutinas diarias, de ser así repercutirá en varios aspectos de la vida diaria de la persona mayor y su familia. En definitiva gran parte de lo que somos y de lo que sentimos está en directa relación con lo que hacemos en

nuestra vida cotidiana, con las rutinas diarias que componen nuestro día a día (Brandtstädter & Lerner, 1999).

La creciente preocupación por asegurarles unos niveles dignos de calidad de vida se ha traducido en la puesta en marcha de programas generales destinados a mejorar su bienestar. El objetivo que se plantean los Gobiernos en las sociedades occidentales es que las personas mayores envejezcan dignamente en la comunidad (Heumann & Boldy, 1995; Bazo, 2005), respondiendo así además al deseo de los propios mayores y, de la sociedad.

La idoneidad que supone que los ancianos permanezcan en sus hogares, aun cuando no puedan valerse plenamente por sí mismos y necesiten cuidados especiales, es defendida por un porcentaje bastante alto de la sociedad tanto española (INSERSO, 2006) como europea (Walker, 2005).

Varios autores vaticinaron al final de los noventa el agotamiento de las posibilidades de la familia para seguir haciéndose cargo de los mayores dependientes (Maravall, 1997; Rodríguez, 1998). El hasta ahora vigente perfil de mujer cuidadora cada vez es menos frecuente entre las familias españolas; se plantea por tanto la necesidad de complementar de alguna forma las redes formales e informales de protección, por no ser viable sociológica ni económicamente la sustitución de la familia en estas tareas.

El modelo de Bienestar del sur de Europa, sustentado por las familias no es sostenible, se prevé que la familia seguirá teniendo extraordinario valor como instrumento vehicular entre el mayor dependiente y los cuidados, pero el objeto de protección debe ser que el individuo, tenga o no familia (Puga, 2005).

Las políticas públicas de apoyo a las familias en España son de las más insuficientes en Europa Occidental. Ello se debe, en gran parte, al enorme conservadurismo dominante, que ha enfatizado la centralidad de la familia, sin proveerla, de los servicios y ayudas públicas que facilitarían su desarrollo. Tradiciones que han considerado a la familia como una unidad en la que el hombre, a través de sus ingresos, es responsable de la viabilidad de la familia y la mujer es la responsable de su reproducción y cuidado de los más frágiles, mientras que el Estado, en estas tradiciones políticas, juega un papel mínimo (Navarro, 2006).

Las comunidades autónomas han tenido que articular los recursos de que disponía agrupados como sociosanitarios con los que emergen debido a estar incluidos en la cartera de servicios de la Ley de Promoción de Autonomía personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. El desarrollo de esta Ley, además de mejorar la situación de los mayores dependientes y sus familias ha hecho más visible el cuidado. La tendencia a la desaparición de la siempre disponible silenciosa mujer, cuidadora de las familias, ha dado a ese rol otro valor. Los servicios sociales no se han universalizado y excluyen a un importante sector de la población que no tiene situación económica precaria ni capacidad para satisfacer el coste de los servicios privados (Arriola y Beloki, 2005).

En este periodo, hasta la total aplicación de la LAAD, los profesionales de la salud deben adecuar los cuidados a las personas mayores en las que la familia, no está disponible. La familia y la persona mayor deben considerar que parece claro que envejecer con calidad de vida viene de la mano de la adquisición de servicios; respecto a la contratación de servicios por parte de la familia, existen diferencias entre la mujer inactiva tradicional, en especial

con pocos recursos, y la mujer que trabaja fuera de casa, profesional y con más posibilidades de comprar cuidados. Decidir qué recursos comprar y su utilidad precisa de información previa. El conocimiento de los recursos existentes y su disponibilidad (necesario para sopesar contratación) no es uniforme entre los mayores y sus familias, la información es menor entre los mayores con nivel educativo bajo, los muy mayores y los que necesitan más ayuda (Pérez Ortiz, 2004). El estudio de Arriola y Beloki (2005) evidencia que a las personas mayores les resulta difícil conocer y comprender la existencia y funcionamiento de los servicios dirigidos a su colectivo y que en algunos casos les cuesta reconocer que necesitan apoyo.

Ante la tarea de cuidar, identificar las estrategias más adecuadas y utilizar los recursos disponibles, se relaciona con el nivel cultural del cuidador (Puga y Abellán, 2002; Otero et al., 2004). Aunque también cabe suponer según la encuesta de condiciones de vida 2006, que los escasos recursos disponibles son infrautilizados por desconocimiento, barreras burocráticas, de organización, o de accesibilidad. Casas et al., (2001), proponen potenciar redes de información sobre disponibilidad de los servicios y las actividades que realizar. Algunos estudios desarrollados en otros países señalan que el uso de las ayudas técnicas disponibles en los hogares se sitúa entre el 30 y el 50% (Wessels, Dijks, Soede, Gelderblom & De Witte, 2003).

Lo esperado es que las políticas sociales estén dirigidas, cada vez más, a las situaciones individuales teniendo en cuenta el punto de vista de la persona dependiente y el de las que precisen ser apoyadas en la realización del cuidado. Acciones dirigidas a que los mayores se mantengan si lo desean en su medio (Arenas, 2001).

1.3.5.1. Recursos en el domicilio

La utilización de determinados recursos en el domicilio, sin renunciar a los servicios sociosanitarios, facilita a las familias la conciliación de la vida familiar y laboral y a las personas mayores la permanencia en la vivienda habitual. La recepción de ayuda social puede ser para: cubrir necesidades básicas, de adaptación de la casa, en tareas domésticas, servicio de comida, lavandería u otras tareas del hogar. De todas ellas, una buena proporción de los ancianos españoles declaran tener conocimiento de su existencia, si bien dos de las ayudas más directamente relacionadas con la permanencia en casa, como son la adaptación de la vivienda y el servicio de comida y lavandería a domicilio, sólo son conocidas por dos quintas partes de la población. En cuanto a su utilización, en torno a un 5% de mayores utiliza el servicio de ayuda a domicilio, mientras que el resto de los servicios es utilizado en proporciones más bajas. (IMSERSO, 2006).

Pérez Ortiz (2004) también ha explorado en su trabajo sobre mujeres mayores el grado de conocimiento de servicios y prestaciones de las que pueden beneficiarse. Constata en sus resultados que aunque el conocimiento de los servicios es cada vez mayor, los propuestos en su estudio los conocen la mitad de las mujeres mayores, considerando que un nivel educativo bajo se relaciona con desconocimiento de alguno de los servicios; así como que las mujeres que necesitan ayuda son las que menos información tienen.

Los mayores y su red social tienden a organizarse en el ámbito del hogar, con recursos internos (familia, ayuda mutua, apoyo económico, etc.), cuando disminuyen los recursos o aumenta el grado de dependencia se requieren recursos complementarios; la escasez de los mismos pone en riesgo sus rutinas y la permanencia en la vivienda con diferencias por género que se suele traducir

en que los hombres mayores tienen mas ayuda que las mujeres de su misma edad, tienen ayuda en su cuidado personal de sus mujeres y cuando viven solos disponen de mas ayuda externa que las mujeres; ellas reciben ayuda de amigos y parientes y en menor medida de sus maridos (Gurung, Taylor & Seeman, 2003; García Martínez, Rabadán Rubio y Sánchez, 2006).

En España las personas mayores se benefician de la existencia de algunas asociaciones que de manera altruista colaboran paliando la escasez de recursos y el desajuste de las organizaciones; en algunas el voluntario es también personas mayores. Mediante un banco de datos de conocimientos ayudan a la integración social de las personas con iniciativas como a ayudar a personas en tareas o gestiones en las que no pueden valerse por sí mismos, llaman "Canguro Amigo" al voluntario para una tarea concreta, como acompañar al médico (Pérez Salanova, 2003).

El recurso de ayuda a domicilio facilita la permanencia en la vivienda aún en personas mayores frágiles, si bien la escasa cobertura, el papel protagonista de la familia en nuestra cultura, el desconocimiento de la utilidad del recurso y la escasa utilización de los servicios de la enfermera comunitaria, dan cifras bajas de su demanda y utilización (De Pedro et al., 2001). Las mejoras en cobertura que supondrá la total implementación de la LAAD serán de gran apoyo a las personas mayores que viven solas.

En los últimos años están apareciendo diversas propuestas dirigidas a mejorar la vivienda y su entorno. Cannuscio, Block y Kawachi (2003) sugieren que estas novedosas formas de vivienda surgen como modo de mejorar durante el envejecimiento el hecho de que muchas formas tradicionales de capital social están en declive en la actualidad.

En algunos países como California⁶, se han creado complejos residenciales en los que toda su estructura está dirigida a ayudar a los ancianos a enfrentarse a los cambios, pérdidas y transiciones que les pueden deparar esa etapa de la vida. Beaver y Miller (1998) destacan el desarrollo en EEUU de iniciativas de ayuda mutua en la comunidad como discusiones telefónicas grupales o reuniones de mayores en el domicilio de una persona aislada. Otra alternativa emergente son los nuevos conceptos de alojamiento con una concepción de un medio residencial que combine vivienda con elementos de asistencia, servicios, equipamientos y protección (Richards, Walker & Jarvis, 2006).

En España existen programas de alojamiento especialmente dirigidos a personas mayores como “vivir y convivir” que ofrecen la posibilidad de vivir juntos a una persona mayor y a un estudiante joven sin vínculo familiar; se trata de una iniciativa tutelada por la fundación La Caixa. La fundación Conex lidera el proyecto “Hogares compartidos”, con el que se pretende dar solución a aquellas personas mayores que no pueden hacer frente con su pensión al alquiler de la vivienda, así como combatir la soledad entre este colectivo; alternativas ambas, que con los crecientes servicios en el domicilio amplían la horquilla de posibilidades entre el domicilio y la residencia (Sancho Castiello, Whelan, Pezuelo Pinto y Fernández Moreno, 2007).

Recientemente se han creado en Europa alojamientos (viviendas en las que se imparten cuidados) que intentan combinar los cuidados necesarios derivado de las etapas de mayor fragilidad con el estilo de vida que los mayores desean. La idea parte de los supuestos de que poder tener una vida confortable se valora tanto como los recursos, y que los cuidados deben respetar la privacidad

6. El sur de California, elegido como destino residencial para muchas personas mayores, es considerado el auténtico paraíso de los snowbirds, como se llama en Norteamérica a las personas mayores. Mudarse allí, consideran que más que eludir el frío es escapar de la vejez.

de los residentes. En el estudio de Croucher, Hicks, Bevan & Sanderson (2008), bajo diferentes modelos de alojamiento, los residentes de los centros comparten, la combinación de independencia y seguridad, el sentimiento de comunidad derivado de la oportunidad que tienen de conocer personalmente a los trabajadores; así como revisiones periódicas realizadas conjuntamente por los profesionales implicados.

El recurso más utilizado por los mayores que viven solos es la Teleasistencia, servicio de atención telefónica ininterrumpida con un equipamiento de comunicaciones e informática específicos, que permite a las personas con discapacidad y que viven solas mantener comunicación con un centro de atención que presta la respuesta adecuada. Este servicio ofrece seguridad y tranquilidad ante situaciones de riesgo y propicia además la permanencia en el domicilio, evitando la innecesaria institucionalización. Teleasistencia y ayuda a domicilio son prestaciones que lo más común es que se den juntas, sobre todo entre las personas mayores que viven solas.

Recientemente han surgido recursos que integran las nuevas tecnologías en la vida cotidiana de las personas mayores. Algunos recursos posibilitan realizar atención personalizada a distancia apoyándose en los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones (Millán Calenti, Díaz, Villanueva, Balo, López y Pedreira, 2006). Pero para asegurar la aceptación entre las personas mayores el material informativo y las tecnologías de la comunicación deben estar adaptados a diversas necesidades perceptivas, intelectuales y culturales (Plouffe & Kalache, 2010).

Se destaca en relación con lo anterior, como aspecto prioritario de investigación sobre envejecimiento en Europa el creciente interés por el desarrollo de

iniciativas tecnológicas en el ámbito personal y doméstico (Rodríguez Rodríguez, 2011).

1.3.5.2. Tecnología y productos al servicio de las personas

La norma ISO 9999 define como Ayudas Técnicas a todos aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

La relación entre diseño para todos, adaptabilidad y ayudas técnicas es muy estrecha. Con el desarrollo del concepto de autonomía, las ayudas técnicas se han adecuado a ambientes más cotidianos. Los usuarios finales de las ayudas técnicas son personas con diversos grados de dependencia. Las ayudas técnicas también pueden ser utilizadas por familiares, cuidadores y personal de apoyo. Las diferencias de actitud y de circunstancias influyen en el impacto que las ayudas técnicas tienen en la autoestima, maneras de manejar situaciones, actividades y relaciones familiares y sociales.

La mayoría de las personas mayores en situación de dependencia no utiliza ayudas técnicas, porque no tiene información sobre ellas o porque no sabe dónde adquirirlas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Está demostrado que el uso de ayudas técnicas y modificaciones en el hogar tiene efectos positivos, no sólo físicos, sino también psicológicos, evitando los efectos depresivos que acompañan al aumento de dificultades funcionales (Verbrugge, Rennert & Madans, 1997; Gitlin, Dennis, Hauck, Winter & Schinfeld, 2003).

En la mayoría de los países europeos existen centros de recursos de venta, alquiler o préstamo. En el ámbito nacional el Centro Estatal de Autonomía

Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT, IMSERSO), es un centro que ofrece información, asesoramiento y evaluación de ayudas técnicas y accesibilidad.

De acuerdo con la revisión de la literatura, se hace necesario un replanteamiento del papel que la familia puede desarrollar en la situación de soledad residencial de las personas mayores; al mismo tiempo, la sociedad en general debe tener en cuenta la presencia cada vez mayor de este colectivo de personas; es prioritario conocer la opinión de las propias personas mayores y sus familias sobre los factores que modifican la permanencia en su domicilio.

CAPÍTULO 2

PERSPECTIVA Y ORIENTACIÓN TEÓRICA

2.1. LA CUESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Con la revisión de la literatura he podido conocer con mayor profundidad la dimensión de la soledad residencial de las personas mayores de 75 años en el contexto de Mallorca, España, Europa y otros países menos envejecidos, así como sus actores, efecto, evolución, relación con los sistemas sociosanitarios y las estrategias de abordaje propuestas desde los diferentes trabajos consultados. De todo ello se desprende que los cambios socioeconómicos ocurridos en las últimas décadas están generando necesidades a las que los sistemas sociosanitarios deben buscar respuestas efectivas.

En la búsqueda de propuestas de estrategias que faciliten a las personas mayores la permanencia en su domicilio, incluso en soledad y cuando aparecen dependencias, se hace necesario profundizar en las cuestiones que modulan la vida cotidiana en esa etapa de la vida.

Se considera 75 años un punto de inflexión en las características de las personas que pertenecen a la franja geriátrica¹, por lo que se va a considerar objeto de estudios las personas mayores de esa edad que viven solas. Sin dejar de lado que esta generación que pretendo estudiar, ha vivido la 2ª guerra mundial y la guerra civil española, ha formado pareja y educado a sus hijos en una dictadura, han sido miembros de un modelo de familia patriarcal y han vivido la mayor parte de sus vidas en casas con pocas comodidades (calefacción, ducha, nevera, lavadora o teléfono).

La familia, dado el papel que juega en el bienestar de todos sus miembros aun sin vivir bajo el mismo techo, será la otra parte esencial del estudio. Se analizará su opinión sobre las capacidades y estrategias de las personas mayores para permanecer viviendo solas. De los familiares se tendrá en consideración que es la primera generación con masiva incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar; que pertenecen a familias menos numerosas y en las que sus miembros están geográficamente más dispersos; factores ambos determinantes en la tarea de cuidar. Las variables de género y nivel de instrucción, de las personas mayores y las familias, evidencian un efecto diferencial en la percepción de autonomía en el domicilio. En las personas mayores se ha tenido en cuenta además su nivel de autonomía, y la disponibilidad de red social.

Por todo ello la pregunta que guía todo el proceso investigador es la siguiente:

¿Cómo influye el género, el nivel de estudios, la red social y la autonomía, en la soledad residencial de las personas mayores de 75 años, y en qué medida el

1. Neugarten (1975) establece dos categorías: antes y después de 75 años. Riley (1988) considera que los "viejos-viejos" se sitúan entre 75 y 85 años y los "viejos-más viejos" a partir de 85 años.

género y el nivel de instrucción de las familias influye en la percepción sobre su comportamiento?

Una mayor comprensión de estos conceptos permitirá establecer estrategias de intervención, dirigidas a las personas mayores, su familia y a la sociedad en general, para que los mayores puedan permanecer el tiempo que deseen en su domicilio habitual, y dispongan de los recursos con una mayor equidad, eficacia y eficiencia.

2.2. EL MARCO TEÓRICO

En la planificación y diseño de una investigación hay una serie de cuestiones que son fundamentales (Masón, 1996). La primera de ellas es la referida a la naturaleza del fenómeno de estudio, o las entidades y la realidad social que el investigador desea investigar y por qué. Esta primera cuestión con aspectos más ontológicos ha sido argumentada tanto en el apartado *construcción del objeto de estudio*, donde desarrollé mi posición respecto de los mayores que viven solos, como en mi exploración en la naturaleza de este fenómeno, sus actores, los mayores y su familia y su contexto (como ha sido ya indicado en el apartado introductorio y en la revisión de la literatura).

La segunda cuestión fundamental en una investigación (Masón, 1996) es identificar el conocimiento o evidencia de las entidades o realidad social que se quiere investigar, y cómo están representados en la teoría general del conocimiento. Esta es la denominada cuestión epistemológica que conecta las cuestiones de las perspectivas teóricas con la visión del autor sobre la naturaleza de la realidad. Como ya es conocido, estos modelos teóricos que

nos permiten la conexión entre las dos preguntas son conocidos como paradigmas, entendidos como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Los paradigmas actúan de marco teórico de referencia en la interpretación de un fenómeno entendido como real por el investigador. Kuhn (1962) se refiere a esta interpretación como una actividad gobernada por un paradigma en la resolución de un enigma. Un paradigma sitúa no sólo las guías para la investigación, sino también para el desarrollo y crecimiento del conocimiento.

La epistemología es una de las cuestiones fundamentales en la planificación y diseño de cualquier investigación, especialmente de una investigación cualitativa (Guba & Lincoln, 2005; Mason, 1996). Su importancia radica en que la elección de una perspectiva es determinante desde el punto de vista de las interpretaciones y resultados que se pueden hacer y ver con respecto a un mismo fenómeno (Stoehrel, 2000).

Guba & Lincoln (2005) definen los paradigmas como el sistema básico de creencias o visión del mundo que guía al investigador, ya no sólo al elegir los métodos, sino en las formas que son ontológica y epistemológicamente fundamentales. El modelo paradigmático guiará, por tanto todo el proceso investigador manteniendo un continuo diálogo entre la posición del investigador y la teoría de referencia que es utilizada en la búsqueda de la respuesta a las preguntas surgidas tras la reflexión. Stoehrel (2000) señala que las interpretaciones del investigador van a depender del marco teórico seleccionado y que ello representa un acto de valor; las investigaciones científicas influyen en las políticas y estas en la elección de temas que parecen ser relevantes para ser investigados o no.

Al centrar mi interés en los factores que parecen determinantes en la comprensión del fenómeno de las personas mayores que viven solas, (el género, el nivel de autonomía, los estudios y la red social); así como en el género y en el nivel de estudios de sus familias, pretendo explorar las diferencias en las percepciones sobre las habilidades de las personas mayores y las acciones que se derivan en su domicilio. En este proceso, buscar una teoría es fundamentalmente intentar usar un argumento que refiere un fenómeno observado a sus causas fundamentales (Ratcliffe y González Del Valle, 2000). En esta investigación el paradigma que parece adaptarse mejor al tipo de cuestiones planteadas es el Crítico Social y dentro de él específicamente la corriente del estructuralismo constructivista.

En este marco es posible interpretar el “ser mayor y vivir solo” como una actividad humana construida socialmente, en la que las estructuras sociales determinan su desarrollo y el valor que le es atribuido, pero que son a su vez interpretadas y reorganizadas por el sujeto actor. La soledad residencial de las personas mayores está vinculada a constructos sociales, como son el género, la edad y el concepto de soledad mismo y, además, esa construcción depende de las particularidades del contexto, como pueden ser los valores socioeducativos.

2.2.1. Paradigma crítico social

Este paradigma sitúa la comprensión de un fenómeno a través de los significados compartidos por el contexto político, histórico y social que influyen en la participación de los sujetos. Supone una serie de concepciones teóricas y metodológicas relacionadas entre sí, basadas en los principios de la racionalidad y el constructivismo social (Guba & Lincoln, 2005; Montero, 2002).

Estos autores se refieren al paradigma crítico social como un paradigma que denota una serie de orientaciones teóricas, como el marxismo (particularmente su categoría central del materialismo histórico), el feminismo y el post-estructuralismo. Consideran que las estructuras y preconcepciones sociales pueden ser una fuente de opresión y marginación para determinados colectivos sociales. Independientemente de sus diferencias, tienen en común la innovadora suposición epistemológica de que la naturaleza de la investigación está regida por los valores y que el conocimiento es político y no neutro.

La posición del investigador dentro de este paradigma tiene particular importancia, pues implica un proceso redefinido continuamente mediante la cooperación e interacción entre el fenómeno y el ambiente estudiado. Desde este paradigma, el investigador se sitúa en un cierto relativismo escéptico sobre la presunción de que no existen grandes y únicas teorías capaces de reflejar la complejidad de la realidad, articulada por las relaciones de poder y contextualizada por el habla, los textos y los medios de masas (Guba & Lincoln, 2005). Se trata, en definitiva, de un eclecticismo controlado que permite el diálogo entre sí de diversos planteamientos teóricos que aportan niveles y perspectivas, a menudo, más complementarias y menos contrapuestas de lo que pretende alguna bibliografía.

El propósito del investigador situado en esta perspectiva paradigmática es, según Giroux (1988) y Guba & Lincoln, (2005), la crítica y la transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género que limitan y explotan a parte de la humanidad, iniciando enfrentamientos e incluso conflictos. Se convierte así la defensa de estos colectivos más desfavorecidos, en conceptos claves para la producción de conocimiento. Esta perspectiva permite un acercamiento al sistema social y familiar de las personas y una

mínima modificación puede ocasionar grandes transformaciones. En ese sentido usaremos, a veces, el referente bourdieuano de “sociología de la acción”.

El investigador en este paradigma juega el papel de instigador y facilitador, lo que implica que genera y produce entendimiento sobre cuáles son las transformaciones necesarias. Se pueden plantear generalizaciones cuando la combinación de circunstancias y valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género son similares en distintos escenarios. Este paradigma es considerado por Castel, Rendueles, Donzelot y Álvarez-Uriá (2006) como la oportunidad para construir un discurso transformador que dispute el terreno de lo considerado como natural o aceptado, mediante la percepción crítica de la realidad. Trata de poner de manifiesto nuevas formas de reflexionar sobre lo que se sabe. El paradigma crítico social, permite ser sensible a las distintas voces y perspectivas más marginadas en el estudio de fenómenos sociales.

La perspectiva ontológica en este paradigma, se sitúa en un “realismo histórico”, entendido como realidad virtual moldeada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género; para después quedar cristalizados en una serie de estructuras que ahora se consideran (inapropiadamente) reales, es decir naturales e inmutables. Al estudiar el fenómeno de la soledad residencial de las personas mayores y los lazos que con ellos establecen sus familias, y en tanto observadores limitados de la realidad, vemos que nos movemos en una incesante construcción de realidades que son a la vez producto de nuestra propia realidad.

Kincheloe & McLaren (2000) destacan las asunciones que comparten los investigadores que plantean sus trabajos como una forma de crítica social

y cultural. Las asunciones fundamentales son: a) todo pensamiento esta fundamentalmente mediado por relaciones de poder que se constituyen social e históricamente, b) las relaciones entre concepto y objeto y entre significativo y significado no son nunca estables o fijas y están a menudo mediadas por las relaciones sociales, c) los hechos nunca pueden ser aislados del dominio de valores o separados de alguna forma de adscripción ideológica, d) el lenguaje es un eje central para la constitución de la subjetividad, tanto consciente como inconsciente, e) en cualquier sociedad, ciertos grupos gozan de privilegio sobre otros y, aunque las razones para este privilegio pueden ser ampliamente variadas, la opresión que caracteriza a las sociedades contemporáneas se reproduce con más fuerza cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario, o inevitable, f) la opresión tiene muchas facetas, centrarse sólo en una, excluyendo otras, frecuentemente elude la interconexión entre ellas, g) la mayoría de las prácticas investigadoras consolidadas están generalmente, aunque muy a menudo sin saberlo, implicadas en la reproducción de sistemas de clase, raza, y opresión de género.

En este sentido la vejez es presentada como etapa de pocos privilegios, en la que aspectos como nivel de instrucción o género, actúan como mediadores en las relaciones sociales y, de forma central, en la posibilidad y la conformación de la soledad residencial.

Los hallazgos en la perspectiva epistemológica del paradigma Crítico Social están mediados por valores, se supone que el investigador y el objeto investigado están vinculados interactivamente y que los valores del investigador influyen la investigación. Estas características generan una fusión entre la ontología y la epistemología. Por ello es importante clarificar desde el inicio

cuál es la posición del investigador y el proceso reflexivo que ha ido surgiendo a lo largo del estudio y relacionarlo con la perspectiva teórica elegida.

Debo decir que soy consciente de las limitaciones de la ciencia y de su efecto sobre el contexto social y, en este caso, de su influencia en el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la protección de las personas mayores, en concreto, de las que residen solas en sus domicilios. Mi pretensión es buscar elementos críticos que permitan entender mejor el fenómeno de su soledad residencial en la sociedad actual y apuntar cual podría ser su futuro a corto y medio plazo, atendiendo a los valores predominantes en las estructuras sociales donde se desarrolla y se enmarca este estudio.

El paradigma crítico social me ha servido para situarme en la comprensión del fenómeno de mi estudio desde el análisis del contexto social, político e histórico que los envuelven, me permite ser sensible a las distintas voces y perspectivas marginadas en el estudio de fenómenos sociales. Desde esta orientación podré observar las presunciones, representaciones y opiniones construidas como verdades únicas e inamovibles, y visibilizar el poder oculto y las implicaciones del mismo en las experiencias de los participantes del estudio para poder analizar las construcciones sociales de las personas mayores que viven solas y sus familias, los detalles que componen las partes y el dialogo que establece con la realidad externa.

La literatura científica destaca tres aspectos centrales en relación a la soledad residencial de las personas mayores. En primer lugar, que la permanencia en el hogar representa la opción más deseada por las personas mayores y sus familiares y es apoyada por las instituciones (Iglesias de Ussel, 2001). También parece haber pocas dudas respecto al hecho (segundo aspecto) de

que el envejecimiento de la población conlleva un incremento del número de personas con algún tipo de dificultad para realizar las tareas de la vida diaria de forma autónoma (Monteverdi, 2004).

El tercer aspecto que destaca la literatura es la posición de los cuidadores familiares, poniéndose de manifiesto que cuando la solidaridad se convierte en obligación sin ayuda ni apoyos, las familias, y especialmente las mujeres, hipotecan una parte de sus vidas para realizar el cuidado de los mayores. Esta situación novedosa para todos es vista como un problema de imposible solución con los supuestos lastres económicos, sanitarios y familiares (Arenas, 2001).

Este paradigma incluye una serie de perspectivas teóricas como el Postestructuralismo (Guba & Lincoln, 2005), que surge de la suposición epistemológica de que la naturaleza de una investigación está determinada por los valores sociales. Esta suposición me permite adoptar una postura crítica ante el conocimiento existente sobre la identidad de las relaciones entre las personas mayores que viven solas y su familia o red social; y de los miembros de la familia entre sí. Me permite también comprender prácticas de las personas mayores, algunas de ellas generadoras de conflictos dentro y fuera de la familia.

Situar la investigación bajo esta corriente de pensamiento facilita cuestionar las formas de vivir en soledad de las personas mayores y las relaciones que la familia establece con ellos. También permite profundizar en esa ruptura entre condiciones objetivas y percepción de sí mismo, que, aparecen en el centro tanto de mis observaciones preliminares como en la formulación de mis hipótesis centrales; además de rastrear los valores y creencias que sustentan “ese dejar hacer” de los grupos dominante, familia e instituciones frente a la actitud de las personas mayores que viven solas.

2.2.2. La perspectiva teórica

2.2.2.1. El estructuralismo constructivista y la sociología de la acción

El Postestructuralismo según algunas denominaciones es una corriente de pensamiento perteneciente al paradigma critico-social.² Hace referencia a un rango de posiciones teóricas que desafían la idea de que el lenguaje es neutral, objetivo y libre de valores respecto a la realidad (Cheek, 2000). Enfatiza que la verdad está socialmente construida y que hay muchos discursos que compiten para producir lo que nosotros tomamos como realidad que en palabras de Geertz “son conjeturas a partir de las cuales el investigador debe extraer conclusiones explicativas” (Geertz, 1973:20).

Esta perspectiva permite generar nuevas posiciones desde las que transformar los discursos que perpetúan los estereotipos. Los discursos son considerados formas de pensamiento y prácticas integradas dentro de una amplia estructura social. Referencian lo que puede ser dicho, pensado y hecho, pero también quién puede hablar, cuándo y con qué autoridad. Son, como apunta Iñiguez (2006), prácticas sociales que configuran sistemáticamente los objetos de que hablan, no identifican, los construyen.

En la sociedad los discursos se pueden solapar, complementar o incluso oponer. Los dominantes, son aquellos discursos que se encuentran arraigados en la sociedad, que se consideran incuestionables y proporcionan una estructura para debatir el valor de una forma de hablar sobre la realidad por encima de otras (Parker, 1992). Estos pueden limitar otras formas de pensamiento sobre

2. Problemas de denominación: El concepto de posestructuralismo es difícil y polisémico. Quizás el elemento común a objetos y teorías denominadas como postestructuralistas es la presencia de una crítica, más o menos densa, al determinismo exclusivo de la estructura de las instituciones sociales o de las estructuras de pensamiento.

un fenómeno, definiendo los límites de las posibilidades del conocimiento (Cheek, 2000); están en continuo desafío ya que mantienen relaciones con otras posibilidades de significado y posturas, llamados discursos transformadores; además de buscar ser instituidos y abrir alternativas de significación, comprensión y acción.

Frente a ellos, los discursos transformadores pretenden crear resistencias, cuestionando los discursos monolíticos y unitarios, buscan otras posibilidades de estar presentes (Conde, 2009). Un discurso transformador produce la aparición de un nuevo orden que supone una ruptura del límite impuesto por las prácticas discursivas que están autorizadas. Trata de construir nuevas identidades y al hacerlo buscan la transformación de la estructura social.

Los discursos se asientan en instituciones como la iglesia, el ejército, la familia, los hospitales, las escuelas o las universidades. Estas instituciones, juegan por tanto un papel clave en la normalización social. Desde ellas, se propicia la producción y reproducción de determinados discursos que van a participar en la constitución social de la persona.

Para Bourdieu, la educación es reproductora de la desigualdad en la distribución del capital cultural, plasmado en los planes escolares de manera arbitraria; beneficia a los mas familiarizados con ese capital cultural de tal forma que "aunque el deseo de ascenso a través de la educación no sea menos intenso en las clases inferiores que en las medias, sigue siendo irreal o abstracto dado que las posibilidades de satisfacerlo son ínfimas" (Bourdieu & Passeron, 2004:39). Aun así cabe insistir en la educación como herramienta de cambio.

La soledad residencial de las personas mayores es el núcleo central de mi estudio. El domicilio es el espacio de lo privado, en él, el individuo vive el proceso de envejecer, en algunos casos en soledad y dependencia y las relaciones que se establecen en este ámbito, tienen características complejas. Las familias que proporciona el cuidado, son las que van a permitir conocer cuál es su percepción ante este fenómeno y las acciones que llevan a cabo. La actividad del cuidado está como otras, sometida a cambios. El espacio físico del cuidado, históricamente público, lo comparten en la actualidad las familias y los profesionales en el espacio privado del domicilio de la persona mayor (Angus et al., 2005).

Cabe decir que muchos de los trabajos encuadrados en la categoría de postestructuralistas, en realidad han sido desarrollados por autores cercanos al estructuralismo; o, mejor, que se han distanciado de una idea de la estructura como a priori absoluto, transhistórico y determinante en exclusiva de los hechos sociales, y la han retomado en su dimensión contextual temporal y social, incorporando frecuentemente el papel protagonista de los actores en su hacer social, el de las percepciones y construcciones sociales diferenciales en la constitución de los campos sociales.

Por todo ello, el paradigma crítico social, de orientación *estructuralista constructivista* es el que parece adaptarse mejor al tipo de cuestiones planteadas en esta investigación, enfatiza que las verdades actualmente admitidas en relación a la soledad residencial de las personas mayores son producto de una realidad histórica; permite estudiar la soledad residencial de las personas mayores en diferentes contextos, la influencia que sobre ella ejerce el género, el nivel de instrucción, las redes sociales y el nivel de

autonomía; así mismo, favorece la inserción en el análisis de los efectos de las actuaciones de las familias ante esta situación.

Esta concepción teórica ha recibido distintas denominaciones, siendo esta la que le da su autor más representativo y es, sin duda, la que explicita mejor su objeto y peculiaridades. Bourdieu clasifica su construcción teórica, dentro de la corriente llamada constructivista: "El constructivismo hace referencia a la existencia de la génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción que son constitutivos de lo que llamamos *habitus*" (Bourdieu, 1987a:127).

Por estructuralismo, este autor entiende la existencia de estructuras objetivas en el mundo social y no solamente de los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etc., independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones.

Las sociedades se presentan como estructuras de diferencias que sólo cabe comprender si se elabora el principio generador que fundamenta estas diferencias. Principio que no es más que la estructura de la distribución de las formas de poder o de las especies de *capital eficiente* en el universo social considerado, y que, por lo tanto, varía según el lugar y el momento. Esta estructura no es inmutable, y permite fundamentar un análisis dinámico de la conservación y transformación de las propiedades actantes y, con ello, del espacio social.

Bourdieu considera que la sociedad es un sistema relacional de diferencias en el que se dan una serie de campos con sus reglas de juego particulares.

Desde esta perspectiva, la vejez se plantea como resultado de construcciones sociales que influyen en las creencias de la persona y su forma de entender las relaciones con el mundo. La vejez es algo más que una realidad biológica o psicológica, es también algo relacionado con la elaboración de cada sociedad.

En mi investigación no me planteo preguntas sobre como es la persona mayor, o como es la última etapa del ciclo vital. Me propongo identificar los significados que adquiere la vejez como fuente de identidad para los individuos, analizar las estrategias frente a dicho proceso, destacar las diferentes maneras de vivir la vejez y, en referencia al proceso, determinar las diferencias entre géneros y nivel de instrucción.

2.3. UNA MIRADA DEL ESTRUCTURALISMO CONSTRUCTIVISTA AL GÉNERO, NIVEL DE AUTONOMÍA, RED SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS EN EL CONTEXTO DE ESTA INVESTIGACIÓN

La perspectiva postestructuralista y la del estructuralismo constructivista ofrecen herramientas teóricas que permiten deshacer conceptos dicotómicos heredados de la vieja filosofía social, como sujeto-objeto y colectivo-individual. No se rige por la lógica analítica que disocia para comprender, sino por la lógica dialéctica esbozada por Bachelard (1973), que apunta a la complementariedad de perspectivas y a la síntesis plural. De ahí la negativa de Bourdieu a inscribirse en una sola perspectiva.

Situar la investigación bajo esta corriente de pensamiento me permite cuestionar las relaciones que las personas mayores que viven solas establecen

con su red social. Me acerca a la existencia de creencias o valores que sustentan la permanencia en el ámbito doméstico aun siendo mayor como un ejercicio de poder, tanto desde la persona mayor que vive sola como desde las relaciones afectivas o familiares establecidas.

La vivienda es, además de un espacio físico, un espacio emocional y de relaciones sociales, donde el individuo encuentra la satisfacción por vivir y de no darse esa satisfacción la alternativa suele ser la movilidad residencial (Rojo Pérez, Fernández-Mayoral, Rodríguez Prieto y Rojo Abuín, 2007). Aunque los factores culturales actúan modulando la forma de hacer y entender esta opción residencial dentro de la familia, se encuentran en las personas mayores similares procedimientos en relación al hábitat en función de las diferentes tipologías demográficas. (Prieto Sancho, Etxeberria Arritxabal, Galdona Erquizia, Urdaneta Artola y Yanguas Lezaun, 2009).

2.3.1. El género

El estudio de las relaciones y diferencias entre los géneros es abordado por Bourdieu, de manera exhaustiva, en sus obras "El sentido práctico" y "La dominación masculina". Para este autor la cultura marca a los seres humanos con el género y este marca la percepción de todo lo demás; considera la lógica del género, bajo la forma paradigmática de violencia simbólica, que está inscrita en las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales (Bourdieu, 2000). Considera este autor que el orden social masculino es tomado como natural, de acuerdo con la organización social de espacio y tiempo, de la división sexual del trabajo y de las estructuras cognitivas inscritas en las mentes mediante el mecanismo de oposición binaria.

En relación a mi tema de estudio, aunque en la vejez parecen igualarse los valores adjudicados a cada uno de ellos, la incapacidad para aceptar y comprender los propios sentimientos a la que se enfrentan en esa etapa, genera no pocas veces situaciones de difícil solución (Prieto Sancho, Etxeberria Arritxabal, Galdona Erquizia, Urdaneta Artola y Yanguas Lezaun, 2009).

El rol de persona mayor se conforma desde el nacimiento, y las cuestiones de género son inherentes a su desarrollo en relación a cómo este ha sido aprendido en la familia y como ha sido modelado; Murillo (2000) afirma que las responsabilidades van incluidas en la biografía del sujeto. Estudios como el cualitativo de Pilcher (1998) nos muestran como la construcción del género de la mujer se presenta de diferente forma según la localización histórica de la cohorte estudiada y, fundamentalmente, que ellas retienen distintos visiones sobre el mundo.

El espacio doméstico ha sido considerado tradicionalmente como ámbito de influencia femenino, mientras que el rol de los varones queda abierto a lo social y cultural, identificado con lo público. Ello contribuye a entender el vivir solo durante la vejez como una actividad circunscrita al ámbito femenino; de ahí que la forma de asumir los hombres las tareas de la casa determinará la estabilidad residencial al quedarse viudo o separarse (Shahar et al., 2001; Laínez, 2002).

Pero en el hogar lo público frente a lo doméstico se desdibuja como espacio de producción familiar. El hogar no representa estrictamente un espacio de las mujeres, sino que se trata de un espacio de los varones en el que las mujeres construyen sus posibilidades de identidad (Santamarina, 2002). La mujer representar lo estable dentro del hogar frente a los riesgos que el varón debe asumir en el afuera (Freixas Farré, 1993).

Kaufman (1994) analiza las relaciones que se establecen en el sistema de patriarcado, y afirma que existen, además de un sistema de poder de los hombres sobre las mujeres, otras jerarquías entre distintos grupos. En este tipo de sociedades cada una de las personas no tiene la posibilidad de desarrollar sus capacidades en igual medida; este hecho se evidencia en los hombres mayores al quedarse viudos y pasar a vivir solos; el reparto de roles establecido durante la vida en pareja, les inhabilita para las actividades de la vida diaria en soledad. Este autor señala, en términos más concretos, que la adquisición de la masculinidad hegemónica es un proceso tal que los hombres pueden llegar a perder la capacidad para cuidar de sí mismos. La forma en que las personas mayores asumen las actividades de la vida diaria en su domicilio es un exponente claro de como estos significados sociales de género toman más cuerpo y son creados y recreados constantemente tanto por los actores como por sus familias.

Tong y College (1998) analizan la relación de los valores con el género del individuo y adscriben como valores masculinos: justicia, independencia, autonomía, razón, mente, cultura, acción, trascendencia y militarismo. Atribuyen como valores femeninos: cuidado, interdependencia, conexión, emoción, cuerpo, naturaleza, contemplación, emanación y pacifismo. Estas diferencias en los valores entre las personas mayores que viven solas se evidencian especialmente frente a su autopercepción y comportamiento en el ámbito privado del hogar; entre las familias las diferencias se presentan en la construcción de relaciones intrafamiliares y su articulación en el ámbito de lo privado.

Bazo y Domínguez-Alcón (1996) afirman que las políticas y los servicios socio-sanitarios se elaboran teniendo en cuenta una concepción determinada de familia y comunidad; las actuales responden a un tipo de familia en el que se ha entendido el compartir responsabilidades entre sus miembros como algo propio

de las obligaciones familiares, con reparto de roles por género. Esta concepción de familia se basa en una estructura en la que el varón es el proveedor de los ingresos y la mujer la proveedora de los cuidados y el servicio.

Cabe entonces esperar que hombres y mujeres muestren distintas maneras de afrontar y explicar su proceso de envejecimiento desde las atribuciones que la cultura otorga a cada sexo (Fischer & Manstead, 2000). De forma que el género condiciona la percepción de las personas mayores y de la familia sobre la soledad residencial. Mi interés como investigadora se centra en obtener una mayor comprensión, por un lado, de la percepción del fenómeno según género y conocer las estrategias que utilizan para adaptar su soledad residencial a los cambios que se producen durante el envejecimiento. Y, por otro, conocer la opinión de los hombres y mujeres de la familia sobre las estrategias y recursos utilizados por las personas mayores para permanecer en su domicilio.

2.3.2. Nivel de autonomía

Aunque el concepto de autonomía ha sido redefinido recientemente en el marco normativo español por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, es un término usado con anterioridad por diferentes profesionales con criterios similares.

Sociológicamente las personas no autónomas se consideran un colectivo que experimenta ciertas condiciones de existencia nacidas, fundamentalmente, de los entornos en los que viven. Frente a esta consideración, el modelo biomédico, que defiende la salud como lo contrario a la enfermedad concibe

la discapacidad como la consecuencia de la expresión personal de una deficiencia, que requiere un tratamiento individualizado enfocado hacia el déficit específico. A partir del discurso de la reivindicación de derechos del colectivo de personas dependientes surge la discapacidad, como una “construcción social”. Y frente al discurso normativo, médico, clínico e individualizador, se opone otro crítico, sociológico, político, inclusivo y contextualizador y aparece el concepto de diversidad funcional, para reivindicar el derecho a tomar decisiones y a abandonar la marginación a la que tradicionalmente han sido sometidas las personas dependientes (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2010). Tal como plantea Ferrante (2008), es necesario ir más allá de la posición de dominación en la estructura social y recuperar la percepción que las personas con discapacidad poseen de sí mismas y de la discapacidad.

La teoría de Pierre Bourdieu ayuda a la comprensión de la experiencia de la posesión de una discapacidad. El estado de pérdida de autonomía produce una desposesión en términos de capital simbólico³ que conduce a la ocupación de bajas posiciones del espacio social, y se traduce en limitaciones en las posibilidades de manipulación del espacio físico y del cuerpo propio. La dominación de la que dichas personas son objeto se inscribe en una estructura que reproduce las condiciones de su mantenimiento inculcando en los dominados las predisposiciones que así lo garantizan (Bourdieu, 1999b).

Ferrante (2008) en su trabajo a partir de los datos de Encuesta Nacional de Discapacidad en su país (Argentina) analiza la experiencia de vivir con una discapacidad; y destaca que se presenta de forma diferente según

3. Véase página 129.

la posición en el espacio social del agente y de su trayectoria, influyendo el capital económico, social y cultural en la realización de tratamientos y acceso a ayudas técnicas. Afirma esta autora que el sujeto con discapacidad ocupa una posición marginal en el espacio social. Las limitaciones de la discapacidad son por eso más visibles fuera del espacio doméstico, aunque es en el domicilio de la persona incapaz de valerse por sí misma donde se observan los efectos de una cultura discapacitante. En esa sociedad como en la nuestra (la mediterránea) la persona mayor con la fragilidad inherente al envejecimiento y los vínculos familiares más débiles, opta cada vez más por la soledad residencial. De ahí la importancia de conocer si pueden participar y realizar las actividades cotidianas y cómo es su transcurrir en el espacio público.

Lo que resulta afectado en el cuerpo de la persona con discapacidad no es la función orgánica en la cual el modelo biomédico localiza la deficiencia, sino su calificación social en la cual el Estado posee una responsabilidad central (Merleau-Ponty, 1975). En este sentido, la posesión de una discapacidad implica una desposesión en términos generales de capital simbólico; las personas con unas condiciones derivadas de la imputación de la denominada deficiencia, podían ser consideradas como miembros de una clase oprimida. En el análisis de estadísticas se deben cuestionar las categorías utilizadas, ya que, de lo contrario, con la sola intención de decir las cosas tal como son se conduce a la ratificación de la dominación de las personas con discapacidad; a través de las nominaciones sociales, se inculca el *habitus* de la discapacidad, que lleva asociado, un cuerpo enfermo (Bourdieu, 1999a). Es esa interesante y fina crítica que Bourdieu hace a lo que denomina “sociología sociologista” o “sociologizante” que es aquella que se presenta como agente del poder instituido. Frente a ella,

esa sociología de la acción, crítica, que analiza y propone al tiempo cambios normativos.

En mi estudio donde lo que pretendo es conocer como la soledad residencial de las personas mayores condiciona la percepción de autonomía, y cómo la familia entiende las limitaciones de la persona mayor, en la realización de las actividades de la vida diaria. Considero que estas posiciones bourdelianas vehiculan el interés del trabajo.

2.3.3. Redes sociales

Bourdieu (1979) analiza, la existencia o inexistencia de comportamientos desinteresados entre los individuos. Cree este autor que puede existir esta generosidad si coinciden *habitus* predispuestos y universos en los que exista recompensa; el más característico de estos universos es la familia.

Para Bourdieu, la familia puede ser definida a partir de palabras como “casa” u “ocupantes de la casa”, que mas allá de describir, construyen la realidad social. La familia como categoría que pone los límites dentro de los cuales la familia funciona como campo. Lo familiar es el especial campo doméstico que se extiende sobre las relaciones que los agentes ocupan en la posesión de ciertos bienes que dan poder en el mundo social (Bourdieu, 1997b).

Se considera, por ello, la institución familiar como un espacio en el que la inculcación supone una acción pedagógica; y en el que las posiciones responden al tipo de organización social. Las condiciones de vida manifiestan la lucha entre los campos, donde aparecen relaciones de poder que dan lugar

a nuevas formas de vivir en familia. De esta manera las diferencias sociales se objetivan en bienes materiales y se subjetivan en modos de ver y pensar (Barg, 2003).

Las relaciones familiares deben ser analizadas teniendo en cuenta las situaciones intra y extra familiares que pueden modificar toda la organización interna. Se debe considerar en la familia: las manifestaciones de la integración grupal y las expresiones de los diferentes capitales que se entrecruzan en el campo doméstico que deben hacerse visibles para que sus miembros puedan transformarse. Al respecto, Barg (2003) sostiene que los profesionales y servicios de atención a la familia actúan con frecuencia descalificando sus posibilidades, dando lugar a una situación de parálisis y aceptación de decisiones tomadas a su espalda. Es frecuente que los profesionales discutan entre sí posibles soluciones sin contar con los interesados. Dar información al usuario es una forma de restitución de derechos vulnerados.

2.3.4. Nivel de estudios

La apropiación de ciertos bienes culturales proporciona una ventaja en cuanto a la distinción, los gustos difieren dependiendo de la clase social. En su libro *La Distinción*, Bourdieu (1979) realiza un análisis de la realidad social basado en el gusto como capacidad de elección, con los bienes culturales como protagonistas, y su influencia en la diferenciación de las personas en clases. Destaca que la influencia es en ambas direcciones; los cambios en los bienes culturales conducen a alteraciones en los gustos, pero los cambios en los gustos también suelen introducir transformaciones en los productos culturales. La estructura del campo no sólo condiciona el deseo de bienes

culturales por parte de los consumidores, sino que también estructura lo que los productores crean para satisfacer esas demandas.

Pierre Bourdieu hace un apunte sobre la búsqueda de las afinidades entre los grupos y considera que el gusto es también lo que empareja y une personas y cosas que se convienen mutuamente. Afirma este autor que cuanto más cerca estén las personas en el espacio social mayor probabilidad existe que lleven a cabo acciones conjuntas. Se comprende así la resistencia de las personas mayores a experimentar nuevas convivencias sin reconocimiento previo del *habitus* constituyente de las afinidades y relaciones.

Aunque el concepto de clase está presente en la obra de Bourdieu, en sus estudios no hay acuerdo sobre sus límites. Basta con tener presente que los bienes se convierten en signos distintivos (de distinción) pero también de vulgaridad. Y que tal como afirma el autor, las clasificaciones por edad (y también por sexo, y también claro, por clase) vienen a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden, en el cual cada quien debe mantenerse y donde cada uno debe ocupar su lugar (Bourdieu & Wacquant, 1995:163).

Desde la perspectiva de este autor, lo social sólo puede ser explicado a partir de un análisis que vincule elementos económicos y culturales simultáneamente. Bourdieu toma del marxismo la idea de una sociedad estructurada en clases, pero entiende que las diferencias económicas y materiales no alcanzan para explicar la dinámica social. El poder económico sólo puede reproducirse y perpetuarse si, al mismo tiempo, logra hegemonizar el poder cultural y ejercer el poder simbólico. La dominación de una clase social sobre otra se asienta en el ejercicio de este poder.

La cultura asigna, según autores como Prieto Sancho, Etxeberria Arritxabal, Galdona Erquizia, Urdaneta Artola y Yanguas Lezaun (2009), diferentes posiciones a los grupos que la conforman. Bourdieu utiliza el término capital cultural para aludir al conjunto de conocimientos, experiencias y relaciones acumuladas que son desempeñadas en las prácticas sociales, que determinan los lugares que los agentes ocuparán y las posibilidades de acción en los campos en los que son desarrollados. Indicadores como la clase social de pertenencia o el nivel de instrucción alcanzado (que a su vez mantienen entre sí una correlación positiva) nos permiten predecir las posibilidades y capacidades de adaptación y consiguiente éxito que espera, a priori, a cada sujeto erigido en portador de un *habitus* (conjunto de disposiciones y prácticas incorporadas de manera inconsciente) determinado. El capital cultural es constitutivo y constituyente del *habitus*, y se relaciona con las distintas formas de envejecer. En esa línea, diversos estudios relacionan niveles económico y cultural de las personas mayores con las posibilidades de alcanzar un estado de dependencia en la vejez (Puga y Abellán, 2002). Los recursos económicos facilitan la adquisición de recursos de apoyo y el nivel de estudios facilita hacer frente a la situación (Regido, 2001).

2.4. BOURDIEU Y SUS CATEGORÍAS CENTRALES: *HABITUS*, CAMPO, CAPITAL

Aunque he hecho uso de estos conceptos en este mismo capítulo y los conceptos teóricos y metodológicos de Bourdieu son ampliamente conocidos, considero oportuno hacer aquí un breve comentario sobre la génesis, el uso y sobre todo la adecuación de los mismos a mi investigación.

Pierre Bourdieu es uno de los sociólogos más destacado de la segunda mitad del siglo XX. Sus aportaciones son de gran relevancia y destacan entre ellas las dedicadas a los estilos de vida. Su teoría destaca por ser un intento de superar la dualidad tradicional en sociología entre las estructuras sociales y el objetivismo (fiscalismo), por un lado, frente a la acción social y el subjetivismo (hermenéutica), por otro lado. Para ello se dota de dos conceptos nuevos, el *habitus* y el campo, así como reinventa uno ya establecido, el capital.

Para enfocar mi investigación desde los planteamientos teóricos de Pierre Bourdieu y alcanzar la comprensión de las respuestas frente a las distintas situaciones que los agentes viven, debemos partir de la búsqueda en el campo de la realidad estudiada, sus límites, su estructura, su conformación, las posiciones ocupadas por los agentes y el tipo de capital predominante, es decir, todo aquello que va a explicar la realidad concreta.

El núcleo de esta investigación son las necesidades de actuación que deben afrontar a las personas mayores que viven solas. Tomar como campo el domicilio nos ayudará a estudiar las relaciones y modalidades de intervención que se encuentran en nuestra unidad de análisis. Los diferentes tipos de capital, nos ayudará a comprender el significado de las prácticas de los agentes, en función del lugar que ocupan en el campo. Y el análisis del *habitus* de los agentes que desarrollan la actividad dentro de una estructura determinada como es el domicilio, nos presenta diferentes modos de estar en el mundo y de entender las realidades que se plantean a diario y evidencia cómo, en otros aspectos, se presentan divergencias que generan conflictos, creando así lo que Bourdieu denomina, un determinado tipo de violencia simbólica.

La fórmula $\{(habitus) (capital)\} + campo = práctica$, que propuso Bourdieu, en una de sus obras más reconocida "La distinción. Criterios y bases sociales del gusto", ha sido el punto de partida en este desarrollo teórico. Los conceptos del pensamiento de Bourdieu nos facilitan conocer algunos de los mecanismos que rigen la práctica residencial de las personas mayores y las dinámicas que se construyen alrededor de esta situación. Permite además, identificar cuáles son las dinámicas que generan tensiones entre las personas mayores y su familia.

Bourdieu reconoce que las acciones individuales y del grupo, en un mundo concreto como es el domicilio, no pueden ser explicadas simplemente como comportamientos individuales, sin tener en cuenta la estructura que las sustenta, sino como acciones con influencia cultural, de tradiciones y estructuras objetivas dentro de la sociedad (Jenkins, 1992); por lo que consideramos que incorporar a nuestro estudio los conceptos de campo, capital y *habitus* nos facilitará su comprensión y el análisis.

Bourdieu busca el orden social oculto tras el orden simbólico para explicar racionalmente las estructuras y los espacios sociales así como ayudar a construir una visión más real del espacio estudiado. Los agentes, según Bourdieu, reproducen prácticas de acuerdo a la posición que ocupan en un espacio social. Nuestro autor recalca que el hombre es producto y productor de la realidad social a través de normas que configuran el *habitus* (Bourdieu & Wacquant, 1995).

Habitus es un concepto que juega un papel muy importante en la construcción del mundo social. Bourdieu, entiende por *habitus* el conjunto de esquemas a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Es "la

interiorización de la exterioridad” y la “exteriorización de la interioridad”, es la sociedad en el cuerpo y en la mente, lo que hace posible la percepción, la apreciación y la acción social para los sujetos, inculcados por un contexto social particular. El *habitus* en Bourdieu será una “estructura estructurada” capaz de operar como “estructura estructurante”, disposiciones incorporadas, durables, transferibles y transformables, que le permiten al sujeto un conjunto de comportamientos y de actitudes al tiempo que circunscribe su margen de acción y se hace más evidente cuando se nos sumerge en un medio, diferente del nuestro, cuyas reglas de juego no conocemos. La distribución social de los gustos procedentes del *habitus* nos lleva a relacionarnos con personas con las que compartimos esas preferencias (Bourdieu, 1979).

Mediante la elaboración de la categoría *habitus* el autor establece un puente entre la esfera más abstracta de la cultura y los comportamientos individuales. Bourdieu considera que estos son respuestas automatizadas que constituyen la manera de estar en esa realidad que le toca vivir. Ese *habitus* es la respuesta tanto de la experiencia individual como de la historia colectiva, que permite explicar algunos rasgos de la vida social, no solo en función de las acciones de los individuos, sino además por la influencia de la historia, la tradición y los principios de las personas. De manera inconsciente los individuos incorporan comportamientos a sus vidas por imitación (Lane, 2000).

Para analizar esta influencia, Bourdieu y Passeron (1970) utilizan el término inculcación al referirse a la acción pedagógica efectuada dentro de un espacio institucional como el familiar; su incorporación remite a la idea de una interiorización, por parte de los sujetos, de las regularidades inscritas en sus condiciones de existencia.

Es a partir del *habitus*, como se organizan las prácticas de los sujetos en función de sus propias percepciones. Las elecciones de los agentes sociales responden a prácticas interiorizadas por el grupo social en el que ha sido educado. Estas formas de actuar serán adoptadas posteriormente por nuevos agentes. El *habitus* dota al sujeto de las habilidades y los valores necesarios para integrarse a un grupo, proporciona la aptitud para actuar en una situación sin que haya sido necesario establecer un plan de acción, porque son el resultado de una serie de disposiciones incorporadas en el curso de una trayectoria (Gutiérrez, 2002).

El *habitus* se considera, por otra parte, un elemento obstaculizador del cambio en las conductas y relaciones y, por tanto, útil en el análisis de la soledad residencial de los mayores y de la relación de los mayores que viven solos, con su red sociofamiliar. Como plantea Granés (2008), los individuos van a obrar regidos por factores externos y no según sus intereses o valores; y sus elecciones serán el resultado de su historia y sus condiciones sociales. En este mismo sentido, Angus et al., (2005) destacan el impacto que supone la incorporación al espacio de la casa, de las lógicas de la esfera sanitaria en los beneficiarios de los cuidados a domicilio. La intervención en el domicilio de diversos profesionales por un periodo largo provoca cambios que trascienden las limitaciones del domicilio y en los que intervienen también las familias.

Habitus y campo están íntimamente relacionados, de esta manera, el campo estructura al *habitus* que a su vez contribuye a construir el campo como mundo dotado de sentido (Bourdieu & Wacquant, 1995). Es por lo que aunque las acciones de los individuos estén regidas por las reglas del campo, no en todos los campos ni para todos los participantes este carácter es consciente, homogéneo y unívoco; la orientación dada por el *habitus* impone una estrategia. El agente,

no es por completo el autor de sus prácticas; en él actúa invisiblemente la fuerza social. Se explica de esta manera que el hecho de compartir posición social genere comportamientos similares. El desvelamiento de las condiciones de la acción requiere del análisis social de la estructura Bourdieu (1979).

En el domicilio de la persona mayor se generan relaciones de poder que, junto con el capital simbólico, influyen en el comportamiento de la persona mayor y su red social. El *habitus* de los diferentes agentes determina la manera de relacionarse los miembros de la familia entre sí y con la persona mayor.

El campo, según lo descrito por Bourdieu, debe ser el ámbito de estudio primario en cualquier proyecto de investigación pues son las relaciones dentro del campo más importantes que los agentes individuales. El autor nos recuerda que el objeto de la sociología no es el individuo, aun cuando uno no puede construir un campo si no a través de individuos, puesto que la información necesaria para el análisis se une generalmente a los individuos o a las instituciones. Estudiar el campo más bien que a gente dentro de él permite identificar patrones de comportamiento.

Sin embargo, Bourdieu explicita que los campos ni son autónomos ni exhaustivos; en realidad toda la sociedad y toda la acción social se mueve de uno a otro, se constituyen subcampos y los diversos capitales circulan por ellos. Por eso mi propuesta de "campo vivienda" no hace sino continuar en la lógica bourdieuana.

Así, la soledad residencial de los mayores será influenciada por las estructuras familiares, factores ambientales y personales. Pero las estructuras de la sociedad determinan la manera en que la soledad residencial y la vejez se conceptúan.

La educación, la ciencia, las artes y los medios son parte de este proceso y son influyentes en la formación del campo de los mayores que viven solos.

Dentro de este campo de la soledad residencial los mayores, los miembros de la familia y muchos otros obran recíprocamente con sus aspectos estructurales. Las relaciones e interacciones entre los agentes individuales y las estructuras del campo tienen el potencial de alterar la naturaleza y futura dirección de ese campo.

La posición dentro del campo estudiado depende del capital reconocido por la propia sociedad; es el espacio donde se dan encuentros entre individuos que permiten la confrontación de opiniones, con luchas y relaciones de poder que muchas veces son asimétricas. Para Bourdieu (1990) en esas luchas se ponen en juego los márgenes del campo así como quien puede entrar, quien tiene poder para decidir, cuales son las cuotas de poder y como se reparten. Encontraremos desde al recién llegado que trata de romper los cerrojos del derecho de entrada, hasta al dominante que trata de defender su monopolio y de excluir a la competencia.

Podemos considerar, por tanto, la vivienda de la persona mayor un campo específico de estudio que funciona de manera más o menos autónoma, con sus propias leyes; un espacio complejo, compuesto por la persona mayor, la familia que sin compartir techo realiza cuidados, los vecinos y amigos y los cuidadores formales que desempeñan su labor en el domicilio. Para adentrarse en ese universo debe conocerse los códigos y reglas internos.

El **capital** puede tomar diversas formas que son determinadas por el campo en el cual serán utilizadas. El capital de una persona puede ser intercambiado

o utilizado para mejorar su posición dentro el campo. Bourdieu no pensó el capital como mecanismo económico. Sin embargo, su escritura reconoce la importancia del capital económico y la estructura de clase resultante en sociedad moderna. Se da el nombre de capital a los recursos puestos en juego en los diferentes campos: capital económico, capital cultural y capital social (la red de relaciones movilizables). Por esta misma razón, el campo funciona también como mercado de bienes materiales o simbólicos (Bourdieu, 1979). Dentro del capital, Bourdieu (1997b) nombra tres categorías y posteriormente incluye una cuarta: el capital económico, el capital social, el capital cultural y el capital simbólico. Para Gutiérrez (2002) son los poderes que definen las probabilidades de obtener un beneficio en un campo.

El **capital económico** hace referencia al bienestar material que se manifiesta según cuál sea el campo. En nuestro estudio el capital económico es la vivienda en propiedad y la autonomía de la persona mayor.

El concepto de **capital social** fue iniciado con anterioridad por otros autores; Bourdieu lo usó para referirse a las ventajas y oportunidades que obtienen las personas al ser miembros de ciertas "comunidades". En el campo de los domicilios de las personas mayores, podríamos referirnos al papel de las instituciones facilitando su permanencia en el mismo y a las relaciones con amigos, vecinos y familia, Al fin y al cabo, como el propio Bourdieu dice y reseñan tantos deudores (conscientes o no) suyos, ese capital social es el alimento de las redes sociales.

Bourdieu (1997b) plantea que el **capital cultural** se presenta en tres estados típicos, distinguiendo para cada estado una modalidad de adquisición y de transmisión. El capital cultural puede existir en *estado incorporado*, es

decir, bajo la forma de disposiciones duraderas del organismo. Se realiza individualmente y supone su incorporación mediante la pedagogía familiar y el contexto sociocultural. No puede ser delegado, debe ser adquirido; y muere con las capacidades biológicas de su portador. Su modo de adquisición, lo hace aparecer como propiedad innata. El capital cultural *en estado objetivado* se encuentra bajo la forma de bienes culturales, como pueden ser los libros, instrumentos, esculturas, cuadros, máquinas, etc. Puede ser transmitido en su materialidad, desde el punto de vista jurídico, o puede ser apropiado por capital económico. Lo particular de este capital es que su apropiación material no implica la apropiación del *habitus* al que anteriormente hicimos referencia. Los bienes culturales suponen el capital económico para su apropiación material y el capital cultural incorporado para su apropiación simbólica.

Y por último, el capital en *estado institucionalizado*, que confiere ciertas propiedades totalmente originales al capital cultural que supuestamente debe garantizar. El capital cultural institucionalizado confiere a su portador un valor convencional, constante y garantizado jurídicamente. Los títulos académicos de los agentes son la moneda de cambio para participar en el campo. Lo que en otros términos, a veces usados por el propio Bourdieu, denominamos estatus.

Bourdieu (1997b) introduce el **capital simbólico** como una cuarta especie de capital. Se trata de ciertas propiedades que parecen inherentes a la persona misma del agente, como la autoridad, el prestigio, la reputación, el crédito, la fama, la notoriedad, la honorabilidad, el buen gusto, etc., propiedades que sólo pueden existir en la medida en que sean reconocidas por los demás. Así entendido, el capital simbólico “no es más que el capital económico o cultural en cuanto conocido y reconocido”.

La respetabilidad de la persona mayor en la cúspide de la familia patriarcal, busca en la sociedad actual su espacio en los nuevos modelos de familia. Existe como capital simbólico en la medida en que su autoridad es reconocida por los otros como un valor. El capital simbólico constituye la base del poder simbólico. En realidad toda forma de dominación tiene una dimensión simbólica. En nuestra investigación la pérdida de autonomía al envejecer y las dificultades para permanecer en el domicilio configuran subjetividades particulares.

Dado que comparto con autores como Recio (1994) la posición de no ver posible analizar científicamente la acción humana sin tener en cuenta o la medición subjetiva o la estructuración social, considero que los conceptos teóricos de Bourdieu son de gran utilidad para analizar el componente simbólico de la actividad humana; lo que, en mi investigación, me ayudará a entender la toma de decisiones de los mayores que viven solos y de las familias.

Las categorías centrales del trabajo de Pierre Bourdieu: *habitus*, campo, capital; cuya piedra angular es la relación de doble sentido entre las estructuras objetivas (las de los campos sociales) y las estructuras incorporadas (las de los *habitus*), se opone radicalmente a los presupuestos inscritos en el lenguaje en el que los agentes sociales así como los intelectuales, por lo general suelen confiar para rendir cuenta de la práctica Bourdieu (1997b:8).

Conocer porqué los mayores son como son, permite aportar una visión más integradora de este fenómeno; prioriza el análisis del fenómeno frente a su descripción y permite explorar y cuestionar algunos aspectos sobre

la identidad de las personas mayores poco discutidos en la actualidad. Mi finalidad en este trabajo es revisar los discursos y las relaciones que han ido constituyendo tensiones en la red social de la persona mayor y analizar sus implicaciones en la actualidad.

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo incluye aspectos referentes a la cuestión metodológica; mi propuesta responde, por un lado, a la reflexividad fruto de la de la revisión de la literatura y, por otro, a mi posicionamiento teórico ante el fenómeno como investigadora. Ambos han sido determinantes en el planteamiento de los objetivos y la metodología del estudio. Intento, en definitiva, exponer el camino que he empleado para producir conocimientos a partir de la obtención de información.

3.1. LA INVESTIGACIÓN CRÍTICO SOCIAL Y LOS CONCEPTOS DE LA TEORÍA DE BOURDIEU

Es conocido, y así se recoge en la revisión de la literatura, la preferencia de las personas mayores por continuar viviendo en su domicilio aunque sea en soledad, tanto en España como en el resto de Europa (IMSERSO, 2006; Walker, 2005). También muestra los importantes cambios que se están produciendo en las estructuras formales e informales en las que se apoyan las personas

mayores (Arriola y Beloki, 2005; López Doblas, 2005; IMSERSO, 2006). Pero es escasa, la información referida a la realidad de la situación en los hogares de las personas mayores solas.

Mi posicionamiento como investigadora me lleva a ser crítica con el hecho de que no se estén resolviendo las necesidades en los domicilios de las personas mayores y a plantear la necesidad de que se produzcan cambios en los recursos, los equipos y la red sociofamiliar de manera que mejore la experiencia de las personas mayores de permanecer en el domicilio.

Al hilo de esta reflexión, aunque los estudios cualitativos no parten de una única hipótesis, esta investigación se plantea desde un conjunto de premisas:

- Los factores sociales que inciden en la permanencia en el domicilio para satisfacer las necesidades de las personas mayores son poco conocidos, tanto por lo novedoso del envejecimiento creciente de la población como el cambio demográfico en un contexto social con transformaciones profundas.
- Los recursos que mejorarían la permanencia en el domicilio son escasos, a menudo desconocidos y poco utilizados.
- La persona mayor prefiere permanecer en su domicilio y no en el de sus familiares; incluso opta por la soledad aún cuando aparezcan dependencias.
- La familia presenta dificultades para mantener la continuidad del actual modelo de cuidados de las personas mayores.

En esta investigación parto por un lado de la técnica de preguntas abiertas, siendo mi interés explorar como la vejez es socialmente construida por los discursos. Me planteo analizar los procesos de continuidad y ruptura de las personas durante la vejez, para, de esta manera, detectar similitudes y diferencias de la vida diaria de las personas en esta y en otras etapas del ciclo vital. Por otro lado mediante GD de familiares analizaré la posición de las familias en la relación con sus familiares mayores.

Esta perspectiva teórica y más concretamente desde los conceptos teóricos de Pierre Bourdieu, abre un nuevo campo de posibilidades sobre las influencias recíprocas de la estructura social y el sistema de roles y estatus en la configuración de los mayores que viven solos como resultado de procesos de interacción social múltiples.

3.2. OBJETIVO GENERAL

Explorar las estrategias de adaptación y los factores que determinan la permanencia en el domicilio de las personas mayores de 75 años que viven solas.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A nivel de las personas mayores

- Conocer cómo condiciona la percepción de la vivienda y comunidad la permanencia en el domicilio.

- Identificar el tipo de estrategias que las personas mayores emplean para resolver sus necesidades básicas e instrumentales.
- Analizar cómo entienden los recursos sociosanitarios en tanto moduladores de la permanencia en el domicilio.

A nivel de las familias

- Conocer su posición respecto a cómo condiciona la percepción de la vivienda y comunidad de estos mayores, en la permanencia en el domicilio.
- Identificar su opinión sobre el tipo de estrategias que las personas mayores emplean para resolver sus necesidades básicas e instrumentales.
- Analizar el conocimiento de la red sociosanitaria y la percepción de su eficacia como moduladores de la permanencia en el domicilio.

3.4. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

La metodología utilizada en este estudio es de tipo cualitativo. Desde fechas recientes el interés de la investigación cualitativa está aumentado entre los profesionales que exploran los fenómenos relacionados con salud. A partir de la década de los 90 son varios los autores que destacan la importancia de este tipo de investigación en el campo de la salud, como medio para contribuir a comprender cómo entienden y perciben las personas, la salud y la enfermedad, dentro de sus contextos psicosociales específicos. (De la

Cuesta, 1997; Zoucha, 1999; March, Prieto, Hernán y Solas, 2002). Y en la actualidad hay consenso sobre la capacidad de este tipo de investigaciones para generar datos contextualizados en una determinada situación social (Mercado, Gastaldo y Calderón, 2002; Denzin & Lincoln, 2005). Este tipo de métodos son útiles en la búsqueda de la comprensión, más que en la predicción, de una determinada realidad social; y, en definitiva, permiten indagar cuál es su naturaleza, más que explicarla (Iñiguez, 1999). La incorporación de la manera en la que los actores construyen y reproducen su visión del mundo, aporta una dimensión esencial en la comprensión de las percepciones, los modelos de acción y la construcción social de la cotidianidad.

Autores como Mercado (2000:112) y Conde (2002) han analizado la relación entre investigación cuantitativa y modelo biomédico frente a investigación cualitativa y modelo social. En referencia a esta última, Mercado afirma que alejarse de los modelos biomédicos y adoptar posturas críticas mediante este tipo de estudios cualitativos, tiene implicaciones importantes en cuanto a los datos a obtener, “la experiencia del padecimiento no se encuentra en los archivos o registros médicos, ni en las historias elaboradas por los profesionales de la salud (...) allí no se encuentra la voz de quienes padecen. En tales historias solo se encuentra la perspectiva de los profesionales de la salud sobre la enfermedad y su tratamiento médico”. El punto de vista de la persona con la que analizamos el fenómeno de estudio se encuentra, según este autor, principalmente en el lenguaje y en la historia que cuenta. Las estrategias de acceso a la misma puede ser tales como las narraciones, las historias de vida, la autobiografía, los diarios, las cartas o la conversación. La información obtenida a través de encuesta cerrada y de índole cuantitativa difícilmente da cuenta de ese punto de vista. En opinión de Calderón y

Fernández de Sanmamed (2008), las investigaciones en salud necesitan de un referente científico entendido en su historicidad, teñido de valores y abierto en su vocación de profundización.

En este sentido Conde (2002) considera que la incorporación de la palabra a las ciencias de la salud y su consiguiente análisis de los discursos, facilita la comprensión de los aspectos subjetivos, la permanencia y la transformación de muchas prácticas; de la misma forma que posibilita abordar el análisis del fenómeno con mayor riqueza.

En mi caso, considero que este tipo de investigación tiene indicación en el estudio de la forma de vida de las personas mayores que viven solas, según las diferencias de creencias debidas al género, nivel de instrucción y red social, y su repercusión sobre las estrategias para permanecer en el domicilio. Y que puede aportar luz a la silenciada preocupación de las familias que se responsabilizan de sus familiares mayores que quieren vivir solos.

El estudio se ha realizado en tres fases:

- Fase de pilotaje, en la que se han realizado dos entrevistas para la elaboración de la matriz básica de preguntas dirigidas a las personas mayores de 75 años que viven solas, de forma que se asegurase la cobertura de los objetivos específicos propuestos.
- Primera fase exploratoria, en la que se han realizado 16 entrevistas a personas mayores de 75 años. Posteriormente se decidió realizar una entrevista más, por las dudas derivadas de la complejidad que había supuesto la entrevista realizada a un hombre de 103 años.

- Segunda fase exploratoria en la que se crearon cuatro grupos de discusión de familiares de personas mayores que viven solas (nueve participantes por grupo). Se consideró que la incomparecencia de uno o dos miembros no alteraba el buen funcionamiento del grupo.

3.5. PARTICIPANTES, MUESTRA INTENCIONAL Y RECLUTAMIENTO

La población estudiada ha sido de mujeres y hombres residentes en Mallorca, mayores de 75 años que viven solos; y familiares de personas mayores de esas características.

El muestreo ha sido intencional. Se consideraron criterios de exclusión las personas con situaciones de salud incompatibles con la comunicación y comprensión hablada en castellano o catalán.

Se han reclutados un total de 9 mujeres y de 10 hombres mayores de 75 años, para las entrevistas y 18 mujeres y 15 hombres, familiares de personas mayores de 75 años que viven solas, para los grupos de discusión. El reclutamiento de los informantes tanto para las entrevistas como para los grupos de discusión, se ha hecho mediante la técnica de “bola de nieve”, a través de anuncios en centros de atención primaria de salud, centros sociales y asociaciones de vecinos, solicitando la participación de forma voluntaria. Para las entrevistas a las personas mayores fue necesaria la mediación de un informante clave que promoviese el contacto. Los informantes fueron enfermeras de atención primaria de salud y trabajadoras sociales de los ayuntamientos.

3.6. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Para dar respuesta a los objetivos propuestos se han utilizado dos técnicas de recogida de información, las entrevistas y grupos de discusión, además del diario de campo.

Las entrevistas se realizaron con la finalidad de explorar en profundidad la significación de los factores y estrategias de adaptación en el domicilio de las personas mayores. Los grupos de discusión se plantearon con el fin de llegar a un consenso respecto a la percepción que la familia tiene de la capacidad de la persona mayor de permanecer en su domicilio.

La recogida de datos se ha realizado mediante grabación de las entrevistas individuales y grupales que fueron transcritas por un "typewriter" y posteriormente revisadas por mí, para garantizar la precisión del contenido e integrar notas de campo.

En la primera fase he realizado entrevistas semiestructuradas a las personas mayores, como forma de recoger la experiencia personal de los actores individuales. Esta modalidad de entrevista permite obtener información en relación a los temas centrales del estudio y al mismo tiempo acceder a sus experiencias, interpretaciones o puntos de vista (Kvale & Brinkmann, 2009).

En la segunda fase, mediante grupos de discusión con familiares de personas mayores que viven solas indago en los procesos que constituyen el tejido que configura las relaciones familia/persona mayor, que permiten cuidar sin vivir bajo el mismo techo.

Con el objetivo de que los informantes produzcan información sobre todos los temas que nos interesan, he elaborado un guión temático que consta de 12 ítems para las entrevistas de las personas mayores (Anexo 4); para los GD con los familiares de personas mayores se ha elaborado un guión de 8 ítems (Anexo 5). El guión, como propone Valles (2002) es un esquema abierto que permite recoger información de la persona entrevistada y además, captar aspectos no previstos inicialmente.

Para la entrada en el campo presenté el proyecto a la convocatoria pública de proyectos de investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo. En diciembre de 2009 el proyecto fue concedido para su realización durante los años 2010-2011. El trabajo de campo se desarrolló entre los meses febrero y octubre de 2010.

3.6.1. Entrevistas de personas mayores de 75 años que viven solas

La entrevista abierta es pertinente cuando necesitamos conocer diversos aspectos de un proceso. En ella las preguntas se refieren a comportamientos, no a lo que el informante piensa de lo que investigamos, sino a cómo actúa en relación a lo que investigamos (Alonso, 1994). La entrevista produce, en términos de Bourdieu (1991:91) “una expresión individualizada, socializada por una mentalidad estructurada por *habitus* sociales”.

Para la muestra de esta primera etapa, se ha tenido en cuenta varias características predeterminadas con el fin de seleccionar a las personas que puedan aportar mejor calidad y cantidad de información sobre el tema de

estudio. Así pues, he seleccionado a los participantes por la potencialidad en la riqueza de sus descripciones. El número de personas entrevistadas responde al objetivo de saturar la información (Valles, 2002).

He iniciado las entrevistas con la cumplimentación del consentimiento informado (ver apartado de consideraciones éticas) y de la ficha personal de datos sociodemográficos (Anexo 7).

Para la selección de los informantes se tuvo en cuenta la edad, el género, el nivel educativo, la red sociofamiliar y el nivel de autonomía.

- La edad de los entrevistados se encuentra entre 75 y 103 años.
- Respecto al género, el número de hombres entrevistados supera en uno al de las mujeres; el motivo ha sido considerar que la entrevista del informante de 103 años podía ser poco representativa por la complejidad que supuso su realización, si bien dado que se consideró un representante extremo muy interesante, no se excluyó.
- Los niveles educativos se separaron en dos perfiles: tener o no, estudios superiores.
- De la red sociofamiliar se hicieron dos grupos, correspondientes a disponer o no, de red sociofamiliar, o que la disponibilidad de la red en el momento de la entrevista fuese escasa (siempre, según el criterio del entrevistado).

- El nivel de autonomía se midió mediante la escala Lawton & Brody (1969) considerándose no autónomo¹ las puntuaciones igual o inferior a 7; se ha considerado autónoma la persona capaz de realizar todas las actividades dentro y fuera del hogar sin ayuda.

Todos los casos contactados menos uno, que estaba en situación de duelo por la muerte de su hijo, aceptaron ser entrevistados; con ellos se pactó según sus preferencias, lugar, día y hora de la entrevista. De la duración de las entrevistas con las personas mayores, aunque no estaba predeterminada, se tuvo en cuenta la aparición de signos de cansancio, especialmente entre los muy longevos. Ningún entrevistado manifestó interés ni necesidad de acortar la entrevista.

3.6.2. Grupos de discusión de familiares de personas mayores de 75 años que viven solas

En la planificación de la muestra en esta etapa se ha tenido en cuenta que el punto fuerte de esta técnica, es la interacción entre los participantes. Se ha considerado la homogeneidad, agrupando a los informantes por género y nivel de estudios y se ha asegurado la heterogeneidad con las diferencias de estado de salud del familiar mayor y el nivel de implicación en el cuidado de cada participante en el GD. En el grupo se producen discursos particulares que remiten a otros generales y sociales (Alonso, 1994), de manera que la interacción grupal además ofrece datos acerca de las experiencias compartidas y las normas sociales que rigen entre ellos (Curry, Nembhard & Bradley, 2009). Hay diversas posiciones respecto a la indicación de los GD en investigación

1. Se ha utilizado este término, dado que se pretendía incluir personas mayores que no eran autónomas, independientemente de su nivel de dependencia.

cualitativa. Morgan (1996) establece que decidir dónde, en qué momentos o ámbitos el grupo de discusión funcionará o no, radica sobretodo en la criterio del investigador.

A pesar de no tener un límite de tiempo preestablecido, en nuestro trabajo de campo, la duración de los GD, no ha sido en ningún caso superior a dos horas. La configuración de los GD hizo frente a dos dificultades: la poca disponibilidad de tiempo de los participantes y, en varios casos, la negativa a participar argumentado que “en su caso, todo estaba bien”.

3.6.3. Diario de campo

El diario de campo del investigador registra la manera en que éste se implica en el proyecto, cuáles son sus decisiones y reflexiones y cómo ha sido el proceso investigador; mostrarlo, ayuda a identificar desde donde hablan los textos. Es importante incorporar al *habitus* científico la reflexión de la posición del autor y abandonar de esa manera, la visión de que todos los científicos escriben desde la misma posición (Robles, 2000). Esta autora considera los prólogos, prefacios, agradecimientos y notas, medios para forjar una idea de la posición desde la que habla el autor. El registro, como apunta Geertz (1989) en su obra *El antropólogo como autor*, documenta el proceso de investigación y no el producto.

En este trabajo, se ha mantenido un diario de campo para registrar en primer lugar el proceso reflexivo surgido durante la revisión de la literatura. Queda reflejado en él, que como planteo Goffman y posteriormente otros autores, mi trabajo está permeado de mi experiencia personal con las

personas mayores de mi entorno sociofamiliar, sin incurrir, considero, por ello en parcialidad dado que el trabajo parte de la perspectiva de los mayores y sus familias (Goffman, 1992:10).

Después de cada entrevista he tomado algunas notas, fundamentalmente sobre el lugar donde había realizado la entrevista que en todos los casos menos en uno ha sido en su domicilio (mantenimiento, adaptación, barreras arquitectónicas, decoración); y la imagen de la propia persona mayor. Además he anotado aspectos de la comunicación verbal de la persona entrevistada, que en algunos casos, como, al hablar del futuro, ha presentado cambios en la modulación de la voz.

En relación al clima creado durante la entrevista de las personas mayores, en varios casos al encender las grabadoras noté dudas sobre si los datos serían realmente tratados confidencialmente (su preocupación estribaba en los posible riesgos que al divulgar su soledad residencial podían tener); ante esta actitud, repetí la confirmación del anonimato de su información y la entrevista continuó en un clima de total confianza. Anoté también en el diario de campo, además de silencios y apasionamientos al abordar algunos temas, mi percepción sobre si se estaban cansando o tenían prisa por acabar.

Después de la realización de los GD de los familiares, he anotado, además de la comunicación no verbal, aspectos en relación a las interacciones y solapamientos entre los participantes, los temas que han sido más debatidos y las reflexiones surgidas en el transcurso de los grupos.

También he registrado notas acerca de conversaciones con el director de este trabajo y el equipo del proyecto de investigación con el que se relaciona.

De esta forma las notas de campo, herramienta de recogida de datos por excelencia de la etnografía, me ha sido de gran utilidad en mi camino como investigadora.

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

Este trabajo de investigación se desarrolla en dos fases; en ambas he usado como método de investigación el análisis de discurso, a partir de los referenciales crítico social y los conceptos de la teoría de Bourdieu.

Cualquiera de las fases del proceso de investigación puede conceptualizarse como analítica, pues desde la formulación del problema el investigador va diseccionando el fenómeno, y la tarea de plantear y resolver interrogantes no cesa hasta la presentación de resultados.

Frecuentemente el análisis es entendido como la utilización de un procedimiento una vez de obtenidos los datos. Esto conlleva el riesgo de fragmentar en exceso el proceso si no se tiene presente el engranaje interno que conecta las tareas que dan cuerpo a la actividad de conocer y razonar en las ciencias sociales. De la teoría a las hipótesis, de éstas a la práctica mediante las técnicas idóneas para contrastarlas, y de la práctica a la verificación o no de las hipótesis y, en su caso, la revisión o mejora del ámbito teórico-propositivo.

Sin embargo, por lo que respeta a la relación entre el análisis y la perspectiva teórica, hay autores que sostienen que “la teoría tiene que ir siempre delante del análisis” (Ball & Smith, 1992:3). Otros, no consideran necesario enmarcase

en ninguna perspectiva epistemológica al usar métodos cualitativos (Patton, 1990); finalmente, otros afirman que en la práctica el investigador puede utilizar diversas perspectivas a pesar de su afiliación principal (Miles & Huberman (1994). Esta propuesta, que podía definirse como de “sano y prudente eclecticismo” (Miquel Novajra, 2004:34), debe ser tomada en cuenta ya que, en ocasiones, posiciones paradigmáticas tenidas por opuestas (incluso por sus elaboradores principales) pueden resultar complementarias, al dirigirse cada una de ellas a diferentes aspectos de la problemática estudiada.

El análisis se enriquece con informaciones surgidas en la relación con los informantes o de hechos producidos durante el trabajo de campo. En este trabajo el análisis responde a dos partes secuencialmente interrelacionadas mediante un proceso deductivo de codificación basado en las teorías ya establecidas sobre estrategias de soledad residencial, y un análisis inductivo para asegurar que los datos son suficientemente amplios para producir nuevo conocimiento contextualizado.

Para la identificación inicial de áreas temáticas, se han comparado los textos de una serie de entrevistas tratando de dar un denominador común a un conjunto de fragmentos de entrevistas que comparten una idea (por ejemplo: vivienda actual). Bajo ese código se reunieron un *verbatim* variado “hago trabajo de despacho”, “no me gusta cocinar”, “está como un piso de estudiante”. Frases y fragmentos que contienen valoraciones de los mayores sobre el tipo de vivienda y su relación con ella. La categoría agrupa, según el investigador, un conjunto de contenidos referidos al mismo fenómeno.

Proceso similar se ha realizado con los textos de los GD de los familiares, en la búsqueda de las posiciones discursivas de los participantes, que nos darán

los puntos de vista con los que el grupo aborda el tema, discurso producido en el grupo, que se puede considerar equivalente a los producidos en lugares sociales análogos (Conde, 2009).

Este tipo de codificación se ha denominado "codificación abierta" (Valles 2002:348). El objetivo de esta codificación es abrir la indagación. El analista permanece abierto a conceptos de mayor grado de abstracción sugeridos por los propios datos, con el objetivo de identificar las categorías más relevantes superando el posible encorsetamiento de categorías de análisis establecidas.

El resultado del análisis de los textos es, como señala Conde (2009), el discurso, construcción teórica que conlleva analizar sus componentes, cómo se estructuran, la relación que guardan con el contexto social, con los sujetos de la investigación y el tipo de realidad social que ayudan a construir. El discurso existe en relación a otro discurso al que trata de aproximarse o del que intenta diferenciarse. En alusión a la producción de los discursos destaca este autor su carácter social que va mas allá del propio sujeto y cita parafraseando a Bajtin: "La vida de la palabra consiste en pasar de boca en boca, de un contexto a otro, de un grupo social a otro (...) de esta forma la palabra no olvida el camino recorrido y no puede librarse del todo de los contextos de los que antes ha formado parte" (Conde, 2009:40).

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la obtención de los datos, todos los informantes han participado de forma voluntaria. Los participantes han dado su consentimiento después

de ser informados oralmente y por escrito (en su lengua de preferencia: castellano o catalán) sobre la naturaleza del estudio.

El primer contacto se ha hecho por teléfono, cuando el participante manifiesta su interés en participar. Las personas que aceptaron formar parte del estudio fueron llamados de nuevo para marcar la fecha de la realización de la entrevista o GD. Previamente los participantes recibieron información por escrito sobre el estudio, una copia del consentimiento informado y firmaron la copia que se queda la investigadora.

La Hoja de Información del estudio para el participante contiene un teléfono de contacto de la investigadora principal; también contiene las estrategias para mantener la confidencialidad de la información compartida con la investigadora (cambio de los nombres u otros datos que puedan identificar a los participantes) que implica el mismo grado de cumplimiento tanto para los investigadores colaboradores como los participantes en los grupos de discusión. Se han respetado los Códigos de Buena Práctica Ética para investigaciones en salud así como los Principios de la Bioética.

Para la recogida de datos se ha tenido en cuenta la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, quedando asegurado el derecho al acceso, cese y cancelación de datos por parte de los participantes. El estudio de investigación ha sido sometido a la evaluación de la Comisión de Investigación y Comité de Ética de la Universitat de les Illes Balears y al Comité de Ética de Investigación Clínica de las Illes Balears.

3.9. ESTRATEGIAS DE RIGOR METODOLÓGICO

En este estudio se ha asegurado el rigor metodológico mediante procesos comúnmente utilizados en los estudios cualitativos (Castillo y Vásquez, 2003). He tenido en cuenta que el primer proceso que aporta validez a la investigación es el proceso reflexivo; en este punto y en relación a la mirada del investigador, Bourdieu y Wacquat, (1995) enfatizan que es la relación con el objeto de estudio la que debe ser sometida a reflexividad. Pero también reconocen el papel que juega en la investigación la experiencia personal, anteriormente comentada, teniendo en cuenta que para analizar dichas experiencias como objeto de estudio, antes hay que concebirlas en términos de experiencia social.

Por otro lado, como sugiere Finlay (2002), se han registrado minuciosamente mediante grabación todas las entrevistas grupales e individuales y se han tomado notas en cada entrevista y reunión de grupo que recogen aspectos no verbales de los diferentes actores.

En relación a los datos he hecho explícita mi posición teórica y la perspectiva desde la que contemplo los resultados intentado dotarlos de significado y buscar conocimiento emergente.

Y, por último pero no menos importante, se ha realizado una triangulación de fuentes (Denzin & Lincoln, 2005), compartiendo los resultados preliminares del análisis con el equipo del proyecto de investigación del FIS con el que se relaciona esta tesis.

3.10. LÍMITES Y POTENCIAL DEL ESTUDIO

Los estudios cualitativos producen datos que son de gran valor social por ser contextualizados, pero eso hace que no sean generalizables respecto a los datos, aunque en otro orden de cosas lo puedan ser desde la propuesta analítica y las inferencias discursivas obtenidas. Los resultados son, por tanto, transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socio-culturales con el lugar donde se han recogido los datos.

Los autores, Pope, Ziebland y Mays (2000) nos indican que un buen análisis cualitativo requiere habilidad, visión e integridad del investigador para realizarlo, y ello supone entrenamiento y, sobre todo, investigadores experimentados. En este caso no podemos obviar que el trabajo forma parte del programa de doctorado y es el objeto de la memoria que aquí presento; pero que por otra parte, se asegura la calidad de la intervención ya que se cuenta con la experiencia del director del trabajo con una aportación continua durante todo el proceso de la investigación.

Mi investigación tiene una restricción voluntariamente escogida: he dejado al margen la clase social en tanto tal. La razón de esta exclusión se debe a en primer lugar la heterogeneidad del perfil, persona mayor/ama de casa, y las connotaciones que tiene en esa generación, que perdían al casarse su estatus para adscribirse al de sus maridos; y, en segundo lugar, a la dificultad de poder tener en cuenta el patrimonio mas allá de la pensión de jubilación o viudedad, especialmente en la comunidad autónoma donde se ha realizado el trabajo de campo. Por otra parte, como bien afirma el mismo Bourdieu, no podemos construir el concepto de clase partiendo tan sólo de la posición de cada individuo en las relaciones de producción (que, para empezar, son

sociales y, por tanto inclusivas de otros factores y relaciones). Sus conceptos de campo cultural y educativo, así lo establecen.

3.11. DIFUSIÓN E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

El propósito de una investigación es siempre dar respuesta a un problema o pregunta. Este trabajo pretende aportar conocimiento relevante a la comunidad científica que sea capaz de repercutir en las agendas políticas generando cambios de interés para la sociedad.

En esta investigación, los contextos susceptibles de intervención son las personas mayores que viven solas y los familiares de personas mayores que viven solas; ambos grupos del contexto donde se ha realizado la investigación (isla de Mallorca); así como los profesionales que a través de la gestión y la asistencia directa influyen en la permanencia de la persona mayor en el domicilio en este mismo entorno.

La consecución de este objetivo depende en gran medida de la estrategias de difusión de los resultados; de manera que como investigadora me propongo ser capaz de combinar la presión de la comunidad científica por publicar en revistas de alto impacto (ámbito internacional) con estrategias de difusión en contextos y para colectivos cercanos al lugar donde se ha realizado la investigación, en mi caso, la isla de Mallorca.

CAPÍTULO 4

DESCRIPCIÓN DE RESULTADO

He dividido este capítulo en dos apartados que corresponden a las dos unidades de análisis: personas mayores de 75 años que viven solas y familiares de personas mayores que viven solas.

Los textos obtenidos de la recolección de los datos han sido sometidos a un proceso de análisis de discurso, utilizando los conceptos teóricos de Bourdieu, aspecto que se desarrollará más ampliamente en el capítulo de Discusión de Resultados.

En cada unidad de análisis he relacionado los códigos de cada categoría con las unidades mínimas de sentido. En relación a las entrevistas debo apuntar que la fecha, hora y lugar de su realización se dejó elegir a la persona mayor.

Se realizaron en su domicilio todas las entrevistas menos una (mujer de 99 años), que prefirió acudir a la universidad. En el anexo 6, recojo la distribución de variables de segmentación en las personas mayores de 75 años que viven solas entrevistadas.

4.1. PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS

Como puede verse en el capítulo de la Perspectiva y Orientación Teórica, en el apartado de la cuestión de la investigación, la biografía de este grupo de mayores no es ajena al momento social en el que vivieron su etapas de juventud y de adultos. Los hombre han sido autodidactas en sus oficios y las mujeres han priorizado su rol de madres y esposas al de sus profesiones, siendo todas, en periodos más o menos largos de su vida, en exclusividad amas de casa. En el anexo 7, se encuentran los perfiles sociodemográficos de las personas mayores de 75 años que viven solas, que han sido entrevistadas en este estudio.

Teniendo en cuenta las variables se programaron 16 entrevistas; previamente se realizaron dos entrevistas para el pilotaje del guión de preguntas dirigidas a las personas mayores, ambas han sido incluidas en los resultados. Posteriormente, con el propósito de saturar la información y por los motivos expuestos en el capítulo 3, se entrevisto un hombre más.

4.2. LOS DISCURSOS CENTRALES SOBRE LA SOLEDAD RESIDENCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

A partir de una primera lectura teniendo en cuenta las hipótesis de la investigación y con el fin de reflexionar sobre las posibles modificaciones a realizar, he elaborado un mapa de entrevistas en relación a dos aspectos, de la dimensión hogar/vivienda: lo actual o tradicional del hogar que

podría relacionarse con las estrategias de adaptación y permanencia en él; además del carácter abierto o no del mismo que podría determinar sus experiencias con la red social y los recursos.

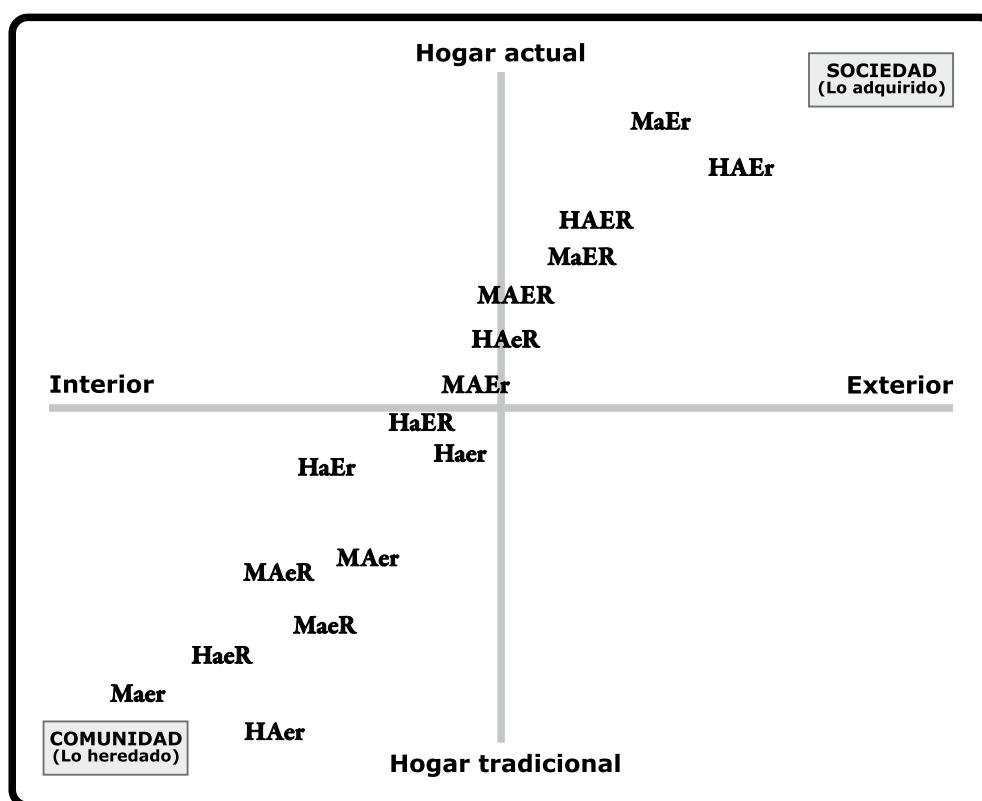


FIGURA 1. Mapa de posiciones de los entrevistados

MAER: mujer autónoma, estudios superiores, con red sociofamiliar
MAEr: mujer, autónoma, estudios superiores, red sociofamiliar escasa
MAeR: mujer, autónoma, estudios básicos, con red sociofamiliar
MAer: mujer, autónoma, estudios básicos, red sociofamiliar escasa
MaER: mujer, no autónoma, estudios superiores, con red sociofamiliar
MaEr: mujer, no autónoma, estudios superiores, red sociofamiliar escasa
MaeR: mujer, no autónoma, estudios básicos, con red sociofamiliar
Maer: mujer, autónoma, estudios básicos, red sociofamiliar escasa

HAER: hombre, autónomo, estudios superiores, con red sociofamiliar
HAeR: hombre, autónomo, estudios superiores, red sociofamiliar escasa
HAeR: hombre, autónomo, estudios básicos, con red sociofamiliar
HAer: hombre, autónomo, estudios básicos, red sociofamiliar escasa
HAER: hombre, no autónomo, estudios superiores, con red sociofamiliar
HAeR: hombre, no autónomo, estudios superiores, red sociofamiliar escasa
HAeR: hombre, no autónomo, estudios básicos, con red sociofamiliar
Haer: hombre, no autónomo, estudios básicos, red sociofamiliar escasa.

En la figura 1 aparecen distribuidos los distintos sujetos de investigación. En el anexo 6 se recogen los perfiles de los sujetos según las variables y los criterios utilizados para su inclusión. Aunque la representación gráfica no es métrica, la distribución de los sujetos de nuestro estudio apoya la idea de que los patrones sociales no son aleatorios. De acuerdo a como suponíamos al iniciar el trabajo los entrevistados se posicionan entre los extremos más cercanos a valores de la comunidad, como estructura gestada de forma espontánea, tradicional, rural, y heredada; o los más cercanos a los valores sociales, lo adquirido, como agrupamiento artificial, racional, urbano y aprendido.

Al observar el sistema de opiniones de los entrevistados, se constata la influencia en las actitudes residenciales, de la propia vivienda como espacio identitario en que residir.

4.3. CÓDIGOS DE LAS ENTREVISTAS EN RELACIÓN A LAS CATEGORÍAS: MANTENERSE EN CASA, CAMBIOS Y COTIDIANEIDAD EN LA VIDA DOMÉSTICA, CONFIANZA EN LA AYUDA SOCIOFAMILIAR Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS SOCIALES

En el anexo 8 se encuentran los códigos de la categoría mantenerse en casa; en el anexo 9 se encuentran los códigos de la categoría cambios y cotidianeidad en la vida doméstica; en el anexo 10 se encuentran los códigos de la categoría confianza en la ayuda sociofamiliar; en el anexo 11 se encuentran los códigos de la categoría utilización de servicios y recursos sociales.

4.3.1. La casa como espacio de libertad y poder

En el discurso de los entrevistados emerge la preferencia por permanecer en su vivienda habitual aun en soledad y con alguna discapacidad. Dentro de la casa se sienten protegidos del afuera, con clara delimitación de lo público y lo privado. En su casa es donde encuentran el sentimiento de control sobre su vida.

E 13: me gusta mucho estar sola, hacer lo que me da la gana.

E 16: Cuando cierras la puerta (...) todo se queda fuera y tú te quedas dentro y ahí eres amo, señor y dueño.

E 10: Me levanto cuando quiero, desayuno cuando quiero, y eso en una residencia tienes normas que cumplir.

4.3.2. La vivienda como espacio identitario

En la cultura mediterránea, entre algunas personas mayores el hogar continúa siendo el territorio de la identidad femenina, regido por normas tradicionales. La vivienda se configura como un espacio cerrado, perteneciente a la familia, en el que la cocina es la zona principal de la casa y que prefieren ellos mismos cuidarlo. En nuestro trabajo para un sector de entrevistados la vivienda es un espacio de hoy, abierto, donde estar y desde el que salir y entrar; espacio adaptado para ser cómodo y fácil de mantener, con objetos y muebles para recordar y recrearse en el pasado. Los mayores que los habitan, prefieren si pueden contratar ayuda para la realización de las tareas domésticas.

E 9: Es una casa antigua, eh, de mis abuelos, que mi tía la dejó.

E 16: El día que tenga la residencia pues la utilizare pero como punto de residencia (...). Sí, para dormir, y luego por la comida también, como es lógico, pero el resto...

E 7: La casa es muy importante, la casa es un refugio fantástico, lleno de recuerdos, lleno-lleno de cosas del pasado.

4.3.3. La preocupación por el futuro en relación al estilo residencial

La vejez es la única etapa de la vida que no tiene continuidad en otra; desde esa perspectiva resulta fácil comprender el *tempo* de los mayores, alejado de los acelerados ritmos de las generaciones más jóvenes. Aunque para algunos la salud no es central en su vida, los deterioros de los de su edad, actúan de recordatorio, configurando una representación del envejecimiento en el que discapacidad y enfermedad no son ajenas. La certeza de que el futuro traerá los deterioros debidos a los irreversibles cambios del envejecimiento hace que se proyecten en el presente y piensen poco en el mañana.

E 4: Seguro que habrá cosas que pronto pararé de hacer (...) seguro, llegaré a tener a alguien pero no sé, seguro que mis hijas me ayudarán.

E 7: Vivir solo, será cada vez más complicado (...). No quiero ni pensarlo, claro un día si estoy peor me tendré que pensar de hacer lo que hace mucha gente mayor, encontrar un sitio.

E 14: Todos de mi edad se han muerto (...) uno lo vi con silla de ruedas el otro día (...). Hay que vivir hoy no mires mañana, porque vivirás mal.

E 5: Quedarme digamos que me tuvieran que cuidar y yo no me pudiera mover, así que casi preferiría morirme.

4.3.4. Soledad residencial como forma de vida

Un aspecto fundamental que comparten los entrevistados es la preocupación por los imprevistos que puedan surgir estando en soledad. Aunque para la mayoría la soledad no ha sido elegida, se observan posiciones discursivas de dos miradas, una posición tradicional, con referencias a la soledad, como situación aceptada con esfuerzo, en la que destaca la necesidad de contar con quien compartir y pedir ayuda.

Se aprecian también otras posiciones en relación a la soledad que sugieren una realidad elegida y positiva hasta el punto que les costaría vivir acompañados. Alusiones a momentos de soledad como necesidad, con referencias a la vida interior y saber estar con uno mismo. Soledad, libertad y felicidad como estados relacionados entre sí. Consenso entre las mujeres sobre la no necesidad de la compañía de un hombre ni de renunciar a la soledad para tener pareja. Manifestaciones de las ventajosas cualidades de los animales de compañía “piden pocas cosas a cambio”.

E 2: A veces la soledad es una buena compañera.

E 8: Solo en la calle, que parezco un perro abandonado (...) prefiero ir acompañado. ¡Mire tengo miedo!

E 13: Mi felicidad es la libertad, que no tengo que dar explicaciones a nadie.

E 16: Buscada o querida no hay cosa mejor, la soledad impuesta de la que no puedes escapar, no hay cosa peor (...) el gato me permite vivir, no me pide cuentas y no me regaña [Risa].

E 7: Nueva pareja, no surgió no (...) y-y tenía que ser una cosa mmm realmente que me guste para renunciar a esta soledad aceptada (...). Puedo decir que me gusta, es una soledad aceptada (...) a mí no me pesa, más bien, a veces si hay demasiada gente, me pesa.

E 14: Al quedarme solo, yo me quería matar, me quería morir, me quería morir (...) me volví viejo, no salía (...) y este pájaro cuando por la mañana a las seis, cuando se aclara el día, ya me canta, ya me llama (...) los animales hacen compañía.

E 11: Acompañado todo el día me sentiría muy incomodo (...) la presencia de una persona, ahora viene mi hija estoy muy contento (...) pero vamos me complicaría mucho la vida que se instalara aquí.

E 9: La soledad es tremenda pero vamos si estás acostumbrado (...) las sobrinas están en verano, con niños y todo eso, para mí muy contento, pero es un cambio.

4.3.5. Diferencias en la actitud en función del género

El hombre mayor se ve a sí mismo y es visto por las mujeres como incapaz en las AVD y, que necesitan que se ocupen de él. Vivir en soledad para las mujeres es más fácil que para los hombres, porque históricamente la casa ha sido espacio femenino. De manera que se hace más evidente la presencia o ausencia en el hogar de la mujer que del hombre. Aunque tanto los hombres como las mujeres mayores consideran que no participar en las tareas domésticas no se relaciona con capacidad; estas actividades han tenido y todavía tiene relación con el reparto de roles por género y generación. Distribución que en la familia está cambiando en parte debido al trabajo de la mujer fuera del hogar y tiene repercusión en las relaciones de poder entre los miembros de la familia.

E 16: La mujer lo tiene mucho más fácil, sí, son mucho más adaptables, mucho más-mucho más adaptables, mire, además la casa es su hábitat.

E 13: Hay muchísimos viudos que en su vida no han tocado ni un plato (...) un hombre no está adiestrado para las labores domésticas como una mujer.

E 14: Si falta la mujer todo se hunde pero si falta el hombre la casa esta así (...) tiene el instinto de la casa, yo lo haga porque lo tengo que hacer.

E 4: Los antiguos no, [risa] mi marido no se sabía arreglar solo y daba mucho que hacer a las hijas.

E 10: En aquellos tiempos un señor llevar un paquete por la calle era mal visto digamos, son más negados.

E 5: Si ahora se muere la mujer el marido le cuesta más que si se muere el marido y la mujer queda.

4.3.6. Relación entre la construcción personal del concepto de autonomía y la sobrevaloración de sus capacidades

Aproximación a la salud desde su preocupación por la pérdida de libertad derivada de la pérdida de autonomía y la necesidad de cuidados. La edad es vista como amenaza. Las personas mayores tienden a percibirse como capaces para vivir solas y sin ayuda, y les cuesta dejar de hacer lo que hacían antes, llegando a realizar actividades que conllevan riesgo. La actividad emerge como la forma de presentar a los demás sus capacidades y retrasar las ayudas externas. Cuando reconocen su incapacidad, disminuyen sus exigencias, simplifican las actividades y tienden a delegar.

Un sector de las personas mayores considera sus capacidades como algo heredado e inherente a las personas, como forma de supervivencia, hasta el punto de conceder más importancia a la protección de los santos y el destino, que una vivienda adaptada. Realizan ellos mismos las tareas de mantenimiento del hogar y les cuesta delegar. Comparten la asunción de que la edad se relaciona inexorablemente con incapacidad. Bajo esa concepción de capacidades heredadas, se aprecia entre las personas mayores actitud de aceptación y conformismo frente a las situaciones que se le presentan y cierta pereza para hacer cambios. Afrontan lo que les toque vivir aunque les suponga esfuerzo.

Se evidencian también manifestaciones, de otro sector de personas mayores, de la existencia de relación entre sus capacidades y la formación y los valores morales; matiz de adquirido y dinámico (pueden aportar fortaleza para superar lo que se presente en la vida). En ese sentido en las entrevistas aparecen diferentes acepciones de la disciplina; presentándose en todas como necesaria para vivir solo y que puede costar mantenerla. Bajo la concepción de capacidades aprendidas, emerge un discurso de adaptación a los cambios y optimización de los recursos. Disminuir las exigencias y utilizar apoyos personales y de servicios (para algunas tareas y en algunos casos). La capacidad funcional no se relaciona con rasgos físicos, es el convencimiento de que puedes, es una actitud vital.

E 13: Yo siempre he sido así, muy independiente y autónoma, a mí no me gusta depender de nadie. No llevo nunca ni un paquete, no puedo llevar peso, mi bolso me sobra (...) ser viejo, todo el mundo tiene que llegar, pero tiene que llegar inteligentemente, es decir, sin exigencias.

E 11: Tienen como más preocupación, como más, me quitan cosas, me han puesto una persona (...). Una persona con cierta sensibilidad espiritual, pues tiene unas soluciones y los que esperan a retirarse para no hacer nada, pues tienen otras.

E 4: Siempre iba fuera de la ciudad con una moto, no sé si me volveré a subir [risa].

E 12: En la bañera. Sí, sí me podía agarrar, pero yo entraba y decía "que voy a pasar", tengo esta palabra "San Pascual no me hagas

caer" (...) "ampárame que no me caiga", he ido así. NUNCA, nunca, nunca tropecé ni allí ni en la escalera.

E 16: Fortaleza moral que te ayuda a superar cualquier situación y luego la disciplina (...) yo conservo unos principios religiosos no excesivamente estrictos (...). Es una base, es una plataforma, es una ayuda, eso es un algo a que agarrarse.

E 9: Cinco años de humanidades, después tres de filosofía y cinco de teología (...) no sé cómo decirlo, me aporta fortaleza y conformidad (...) un poco de oración y cosas así, no sé cómo decirlo, me aporta una cierta tranquilidad.

E 7: Para que uno, se-se pueda quedar en su casa, una cierta disciplina, una disciplina física, alimenticia eh moral, moral.

E 8: Mi fortaleza está, como quien dice por el cariño que me dan, tengo las amistades de por aquí, ah, ahora me dicen el abuelo (...). Los papeles de la casa mi hijo pequeño lo lleva todo (...) la parte monetaria también me lo gestiona.

E 19: La felicidad empieza en la conformidad (...) está lloviendo, pues necesito el paraguas, mañana no llueve bueno pues no me lo llevo.

E 5: La lavadora, para planchar, que también me plancho las camisas y todo, o sea, que tuve que aprenderlo todo (...) no es de un día para otro.

4.3.7. Las estrategias para mantenerse en casa

Con la edad, cambian las prioridades, en general disminuyen las exigencias sobre las rutinas diarias. Las personas mayores identifican los puntos de riesgo en la vivienda, que requieren atención especial por su parte y deberían ser adaptados (bañera, escaleras, o armarios). Utilizan aparatos de apoyo y ayuda de personas lo menos posible. Su deseo es abandonar la casa solamente cuando no sea autónomo. Consideran una buena opción la venta de la casa mediante hipoteca inversa para poder contratar servicios y continuar viviendo en ella.

E 13: Muebles de estudiante, lo más barato que encontré y me puse un piso juvenil y fácil limpiar (...). Busqué todas las comodidades, ascensor, parquet, agua caliente y sin peligros.

E 7: Los trabajos de casa, tampoco es una cosa tan complicada, hay que reducirlos y no complicarse la vida. Lo que quiero poner ahora es algo para sentarme, eh para estar con la ducha y sentarme.

E 8: Me he caído, estos que hay en los arboles, alrededor del árbol, no está al nivel de lo que es la acera, ir un poco distraído (...) el contenedor no son muy seguros (...) yo una vez puse la palanca y al tirar la bolsa yo me fui detrás (...). Tengo la casa vendida (...) me dejan vivir aquí hasta que me muera, sí, me van pagando, ya está la escritura ya la tienen ellos.

E 4: Fuera de la ciudad siempre me llevo el móvil, Si-si-sí, porque a veces he hecho parche con la moto [he pinchado la rueda] y he tenido que llamar, tengo un nieto que es mecánico.

E 3: Ahora tengo un aparato para abrir, para los botes, por ejemplo, de tomate (...) la fecha de caducidad, no la miro muchas veces (...) pusieron la caja esa del contador y se cuidó el yerno de hacerlo y ahora me trajeron unos papeles que tenía que firmarlos y le dije, a mi nieta.

E 12: No tenía fuerza para poner la botella de butano y yo pues la ponía pero no estaba segura (...) esta botella del agua, a lo mejor estaba muy fuerte y no podía (...); los armarios para mí, están altos, pero siempre ponía las cosas en los de abajo (...) de poner bombillas y todo eso, llamaba a mi vecino.

E 10: Y luego tengo un abridor, que mi hijo está al tanto de todos los adelantos.

4.3.8. Autocuidado como forma de mantener la soledad residencial

Posiciones discursivas desde actitudes de mantenimiento de la mejor salud posible, que permitan seguir viviendo en su casa. Autocuidado como disciplina y como estilo de vida, generador de autonomía.

Discurso muy homogéneo sobre la importancia de los hábitos dietéticos y su relación con la salud. Algunos entrevistados tienen amplia información sobre lo que deben comer; un grupo de mayores prefieren cocinar ellos, incluso para otros miembros de la familia; otro grupo manifiesta pereza por cocinar y prefiere no tener que hacerlo. El cumplimiento del tratamiento farmacológico lo planifican teniendo en cuenta sus capacidades.

Realizar actividad es una práctica muy interiorizada entre las personas mayores, siendo pasear, aunque considerada poco atractiva, la más realizada. Las consecuencias de la pérdida de fuerza sobre la realización de actividades es una queja generalizada de las mujeres mayores.

Frente a manifestaciones de ideas tradicionales sobre la actividad como algo que debe hacerse con un fin, tales como las práctica ligadas al campo y cuidado de la casa o la presentación de la realización de tareas domésticas como actividad y entretenimiento. Se aprecian otras posiciones relativas a ideas moderna sobre la actividad, variada y con connotaciones no solo física. Actividad dirigida a prevenir el deterioro y percibida como ocio. Mantenimiento de la actividad como negación del efecto de la edad. Interés por conservar su cuerpo.

E 19: Cuidarse es no comer cosas indebidas, hace 62 años que no fumo, no beber.

E 4: Se la llevan hecha. Cuando cocino hago una olla de cocinado, también hago para todos. No es que me guste mucho pero lo hago.

E 16: La dieta procuro tenerla, verdura en abundancia (...) procuro observar una prudencia, es un poco lo de los sibaritas (...). Las recetas sí, bueno está aquí apuntado en la hoja o si no, si la cosa es más complicada lo apunto en el ordenador.

E 12: Yo lo que más he comido ha sido, patatas, verduras, acelgas, frutas. Queso ninguno, carne de ternera ninguna, carne de cordero ninguna. Huevos no muchos (...) me gusta mucho el pescado (...) un

poquito de vino, si-si eso sí (...) no café no, no me ha gustado nunca el café, además me desvela.

E 17: Algunas veces, por ejemplo, mi hija hace más comida para el domingo y cuando viene un lunes tiene siempre algo para mí (...). Los huesos con los años son viejos y necesitan no sentarnos.

E 14: Necesito proteína, no necesito grasa (...) la carne envejece la persona (...) para el desayuno, un plátano, porque tiene una cantidad de potasio (...). Ya no masticamos bien, entonces yo, lo he comprobado todo eh, no me caía bien la comida (...). TODO triturado (...). He conducido hasta que dije a mi hijo mira, yo no quiero coche, me sentaré, cogeré barriga, estaré mal, volveré viejo.

E 11: Me cocino por sibaritismo, me gusta hacer la comida a mi gusto (...) dieta quizá sí, estudie nutrición, fruta como bastante, merienda no, tengo el estómago un poco excitable, al mediodía generalmente tomo un vasito de vino (...). Hasta las doce casi, estoy en el campo, después vengo, como y después de comer doy el día físico por acabado.

E 9: Aquí hay una pensión y ellos cuando yo necesito, llamo, por las doce y media y me traen la comida, si-si-sí y después los sábados y domingos voy a casa de las monjas, a comer, me invitan. Cenar, bueno de la comida del mediodía que es sencilla, pero abundante pues me basta para la cena.

E 4: Lo tengo apuntado a mi manera. Esto es de la tarde, esto de la mañana (...) siempre voy a la misma farmacia y me dice, "es lo mismo".

E 3: Cinco pastillas por la mañana y por las noches (...) las tengo en el mismo sitio, y sé que esta es para esto y esta para esto otro.

E 18: He paseado mucho (...) iba allá cortaba el jardín bien cortado y bien arreglado (...) iba a la residencia a hacer gimnasia, pero prefiero las habas.

E 7: Deporte y natación, o sea que ya puedo decir que nado seis meses al año, sí-sí.

E 2: Voy a actividades de la gente mayor, y a gimnasia y memoria (...) así tienes un motivo para decir, no-no, TENGO que levantarme.

4.3.9. Familia tradicional: cuidado deber moral

La relación construida con los hijos modula la condición de fragilidad de la persona mayor. Los hijos son el eje principal de su red aunque la familia sea extensa. El contacto con ellos, aporta seguridad.

Una parte de los informantes tienen un sentido, tradicional sobre quienes componen su red sociofamiliar y lo que pueden esperar de ellos cuando necesitan ayuda. Su representación del posible cuidador suele estar asociada a la red de parentesco (principalmente a las mujeres), en cuyo apoyo encuentran seguridad aunque no se conviva. Cerca o lejos alude a disponibilidad más que a distancia. Los mayores manifiestan preocupación por los cambios en la familia relacionados con la incorporación de la mujer al mundo del trabajo.

En continuidad con esa concepción de red social, el cuidado en el seno de la familia se considera un deber moral. Sus mujeres (incluso con vínculo político) participan de los cuidados que pueda necesitar la persona mayor; actividad que es recibida sin dar importancia, presuponiendo que pueden y les resulta fácil hacerlo.

E 19: Hermanos, como si no los tuviera, es que si te vi no me acuerdo.

E 4: Cerca, no tengo ningún familiar, tengo mis dos hijas que viven aquí, pero tengo la medalla, y luego los teléfonos (...). Si tengo una cosa que no puedo la hija me ayuda (...) si tengo que pintar o esto me lo hace mi hija y el yerno, no me ayudan en nada más (...) al médico, ahora hace una par de veces que me acompañan.

E 2: Tener familia, para vivir solo, es mejor, pero imprescindible no.

E 12: Me las he ido arreglando yo sola, no les he molestado para nada a mis hijas después de casadas.

E 10: No viene mucho porque está muy ocupado (...) me llama, ¿necesitas algo? y mi nuera también (...) si lo necesito, yo le llamo.

E 8: Porque hoy-hoy los hijos o las nueras, todos trabajan, me entiende, no pueden atenderte (...) porque las nueras, una trabaja hasta las 7 de la tarde, porque esa como quien dice ha visto cosas y no se ha metido y la otra como quien dice tiene criada, ¡que va a meterse aquí! (...). Mis vecinos, todos están pendientes (...) voy al

cafés, por tener asistencia. Si voy al café, que tengo amigos, si me pasa algo, saben que tienen que ayudarme.

E 18: Me ayudan, me arreglan, mis hijas, mis hijas, me arreglan, una nuera y mi hija.

4.3.10. Alternativa del cuidado tradicional

En una concepción actual de red social, la familia comparte espacio con amigos o vecinos. En la relación entre ellos se van incorporando las nuevas tecnologías. La familia patriarcal con sus imposiciones ha sido sustituida por otros modelos en los que las relaciones entre sus miembros son más distantes. La familia está inmersa en un modelo social basado en el trabajo y el consumo que justifica un código de relación teniendo muy en cuenta su tranquilidad, además del bienestar de la persona mayor. En ese sentido, un sector de las personas mayores expresa su inquietud por la tendencia en su entorno a relaciones interesadas y vínculos sociales con pocos compromisos.

Frente a la concepción tradicional de familia que obligaba a la descendencia a cuidar a sus mayores, emergen, nuevas perspectivas de planificación en la vejez de clara orientación vinculada al concepto moderno del Estado de Bienestar, en la que la familia (que es la primera generación con masiva incorporación de la mujer al trabajo), no es considerada la única proveedora de cuidados, contemplándose como una opción satisfactoria la posibilidad, si la economía lo permite de contratar servicios.

E 13: Los vecinos están al tanto, si ven las cortinas cerradas, a lo mejor suben a preguntar si no me encuentro bien (...) mis amigos de los bares, ahí abajo paso media vida y si no me ven, se interesan.

E 11: Hay una cierta ruptura familiar, debida a que quizás lo anterior no era autentico, era forzado (...). De mi edad no queda nadie, aunque están vivos, pero están muertos psicológicamente hablando (...). Cuando envejecen sobre todo dejan de invertir en la amistad.

E 17: Yo tengo mucha suerte, muchas madres o padres no tienen suerte con sus hijos (...). Pero mi hija dice "NUNCA-nunca iras a ninguna otra casa, cuando tú no puedes pensar, tú vienes conmigo"

E 7: Mi marido tenia muchísimos contactos por su profesión y entonces conocía mucha gente y tal y es verdad que desde su muerte hay mucha gente que no-que no, que ya no veo más, porque supongo que eran amigos de mi marido o interesado por él.

E 9: Antiguamente los vecinos era como la familia pero ahora (...) no es que no quiera, es que la gente hoy día prescinde.

E 5: Cuando empezamos a salir ya estuvimos hablando que cada uno en su casa y-y-y después para salir y todo esto, juntos, pero cada uno en su casa.

E 16: ¡Que te cedan el asiento!, los chicos jóvenes, son los menos que hay que hacen esto.

E 19: Para qué voy a molestar si voy mejorando pues mejoro, si me muero, pues ya me enterrarán.

4.3.11. Concepción del equipo de salud

En el habla de las personas mayores hay pocas referencias a su relación con el equipo de salud. Le adscriben solo funciones típicas del modelo biomédico, sin esperar ni hacer demanda desde perspectivas sociales. Percepción de atención fragmentada y con poca coordinación. La persona mayor en la relación con el equipo de salud tiende a ser sustituida por un familiar. Inquietud por las barreras (distancia o accesibilidad) que justifican la utilización del equipo de salud menos de lo deseado. Las personas mayores manifiestan percibir relación maternal *versus* empática y asertiva, por parte de los equipos de salud.

E 13: Hace las recetas pero nunca pregunta por mí (...) aquí no ha venido nadie, a mí nadie me ha dado una mano (...) a buscar los medicamentos, tuve que ir dos veces.

E 11: Simplemente me firman las recetas y de tanto en tanto, a veces, la rodilla. La tensión, me la tomo yo y me la toma la enfermera también, solemos coincidir (...) pero vamos no-no es que no me ha hecho una historia clínica ni mucho menos.

E 18: Ahora hacer un par de meses, aquí viene un médico extranjero cada día.

E 12: Yo iba y a veces aunque no me tocara, me veían entrar “ya viene la abuela, ya viene la abuela” me hacía “¿Qué necesitas?”

4.3.12. Tecnología y productos de apoyo al servicio de las personas

Las características de accesibilidad y disponibilidad, confieren al recurso su aspecto, más allá del puramente instrumental vinculado a la actividad; en oposición percibir como compleja y complicada la manera de solicitar y lenta la concesión de ayudas justifica el poco interés en los recursos dirigidos a facilitar la vida diaria. Teleasistencia es el recurso más usado de la cartera de servicios de la Ley de la Dependencia. Es una tecnología al servicio de la persona mayor que da seguridad a las familias, que suele ser quien la solicita.

E 19: ¿Ayuda, ayuda económica? No sé si lo hay o se puede pedir, la que viene a casa, es porque la pago.

E 13: No me lo han ofrecido nunca (...) al revés yo he pedido por si no me encontraba bien irme alguna institución y me lo han negado (...). [Telealarma] No he pedido nada, porque no quiero pagar, lo que ofrecen no me compensa, para llamar si estoy enferma o estoy mala, pues ya cogeré mi móvil y llamaré.

E 1: He pedido yo no sé, lo que me toque, En mayo hará dos años (...) “que se arregla que está bien y que está bien” (...). [Trabajadora familiar] La misma asistente que viene aquí, va a nueve casas, termina a las tres de la tarde.

E 16: La propia administración debería ir resolviendo (...) lo que no puede hacer es meter a los abuelos o tratarlos a palo seco, tratarlos a punta pie, o meterlos en morideros.

E 10: También tengo una medalla de estas que me trajo mi hijo para que la llevara colgada, no me la pongo, me molesta.

E 3: La medalla de avisar, sí-sí, bien (...) esto fue el yerno que lo solicito.

4.3.13. Alternativas a su vivienda

Ambivalencia ante las alternativas disponibles (conocidas por ellos) a su vivienda habitual: pérdida de libertad y poder, al ir a vivir con su familia o pérdida de identidad al ir a vivir a una residencia; discurso este último muy cristalizado debido en parte al origen de las actuales residencias.

A la mayoría de los entrevistados, su familia les propone convivir con ellos, en algunos casos incluso se sienten presionados para hacerlo; pero aun teniendo buena relación esta opción no es deseada. Este tipo de cambio de residencia es visto como opción que mejora algunos aspectos de la vida de las personas mayores pero no de todos. Nuestros informantes parecen que desconocen otro tipo de viviendas y convivencias pensadas especialmente para ellos.

La posibilidad de tener que vivir en una residencia geriátrica, se la plantean todos los mayores entrevistados aunque es un tema que evitan verbalizar

incluso con la familia. A pesar de que piensan que son instituciones necesarias, muchos de ellos, consideran que en su caso, sería la última opción y posponen su solicitud para cuando sean grandes dependientes.

E 13: Un intento de vivir en casa de un hijo que fue una tragedia, QUE NO, no puede ser (...) claro tienes que respetar que la casa es del otro y claro es muy difícil.

E 16: Tenemos esa idea de que una residencia suena a una especie ya de-de punto final y una especie de atención en última instancia.

E 9: A veces hay que ir a una residencia, porque faltan cosas (...) para mi edad, para mi enfermedad, mi azúcar (...) pero mientras no sea una cosa urgente, necesaria, ¡paso!.

E 12: [Residencia] El comedor no parece un comedor, parece un pueblo, de tantas-de tantas, sillas de ruedas, mancos, cojos, de todas maneras.

E 2: No tengo nada contra la residencia, pero me cuesta, me cuesta, y paso, porque esta casa, esta silla, mis libros, mis cosas (...) me encuentro bien en mi casa.

E 11: Los que yo conozco, se han ido a residencias cuando no han podido más.

4.4. PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS DE FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS

En el anexo 12 recojo la distribución de variables que se han tenido en cuenta para la configuración de los GD de los familiares de personas mayores de 75 años que viven solas. Como puede verse en el capítulo de la Perspectiva y Orientación Teórica, en el apartado de la cuestión de la investigación, la principal característica de los grupos de familiares es la inexistencia de familiares con total dedicación a las personas mayores, el menor número de potenciales cuidadores y su dispersión geográfica, aspectos todos ellos de relevancia para la gestión de los cuidados familiares.

En el anexo 13 se encuentran los perfiles sociodemográficos de los familiares de personas mayores de 75 años que viven solas que han participado en los grupos de discusión. Teniendo en cuenta las variables (género y nivel de estudios), se programaron 4 GD con familiares de personas mayores de 75 años que viven solas.

4.5. LA CONSTRUCCIÓN DISCURSIVA DE LOS FAMILIARES

A partir de una primera lectura de los textos de los GD y teniendo en cuenta las hipótesis de la investigación; con el fin de sistematizar el análisis en relación con los objetivos, he localizado espacialmente los grupos en relación a dos ejes; el primero es el nivel de estudios, que podría determinar las estrategias en la realización del cuidado y su experiencia con la utilización de los recursos; el segundo es la concepción de familia a la que pertenecen los participantes,

de carácter tradicional o actual, que podría relacionarse con el sentimiento de obligación o voluntariedad en la realización de los cuidados.

En la figura 2 aparecen distribuidos los GD de familiares. Se destaca que el nivel de estudios tiene más peso que el género en la construcción social del cuidado familiar actual, siendo las mujeres con estudios universitarios las que más se alejan del cuidado tradicional.

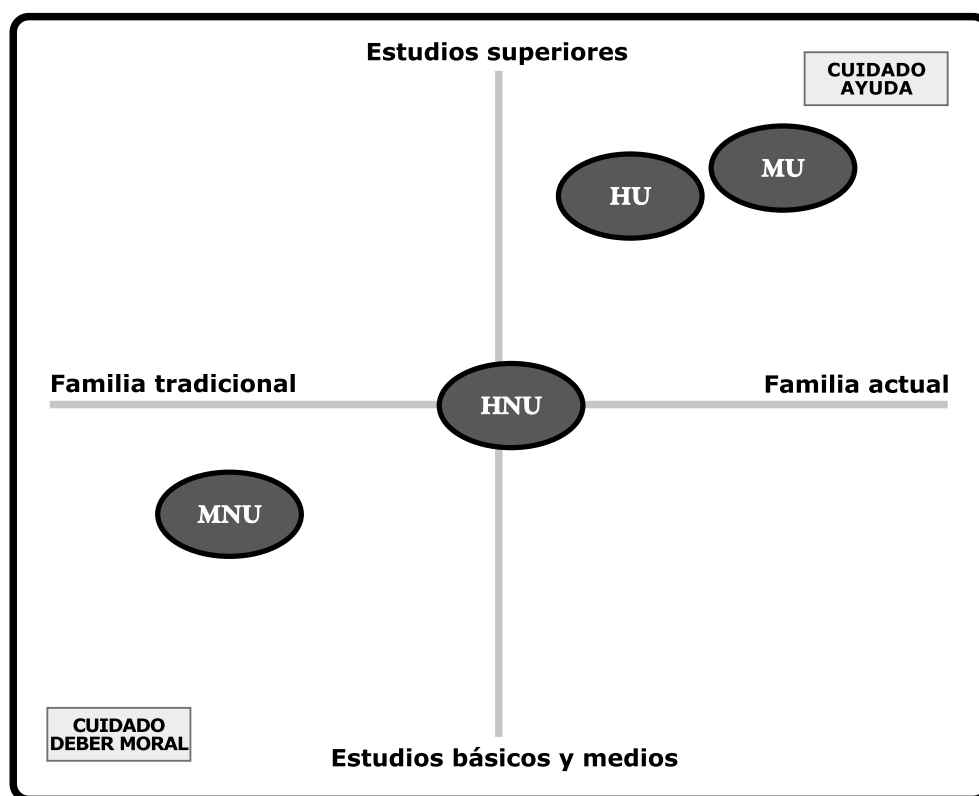


FIGURA 2. Mapa de posiciones de los familiares (GD)

MU: mujeres con estudios superiores
MNU: mujeres con estudios básicos y medios

HU: hombres con estudios superiores
HNU: hombres con estudios básicos y medios.

4.6. CÓDIGOS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN EN RELACIÓN A LAS CATEGORÍAS: MANTENERSE EN CASA, LOS ASPECTOS DEL CUIDAR, Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS SOCIALES

En el anexo 14 se encuentran los códigos de la categoría mantenerse en casa; en el anexo 15 se encuentran los códigos de la categoría los aspectos del cuidar; en el anexo 16 se encuentran los códigos de la categoría utilización de servicios y recursos sociales.

4.6.1. La casa como espacio de libertad y poder

El conjunto de los grupos comparte como obvias las opiniones que señalan que la preferencia de las personas mayores es estar solas en su casa. Consideran que en ninguna forma de convivencia podrían conservar la autoridad que ostentan estando solas en su casa. Ven a los mayores como supervivientes y con fortaleza en la que reside el poder que han tenido y quiere seguir teniendo incluso con el cuidador. Las mujeres de las familias invocan el debate sobre la autoridad que los padres han tenido en el modelo de familia patriarcal y pretenden seguir teniendo; además de manifestar la necesidad de aprender a poner límites para poder implementar el cuidado. La familia destaca en sus mayores una presentación de la vejez, como etapa de vivir y dejar vivir, con cambios en los intereses hacia sí mismo.

HNU: —No quiere saber nada de alguien que pueda introducirse en su casa para cuidarla (...). Cuando yo llevo más de dos horas en casa, noto que estorbo.

—Hablo de nuestra madre, porque yo creo que todos coincidimos, que es su generación, la generación de fregar con las rodillas en el suelo, que digo yo, no se volverá a repetir (...) son de hierro. Tienen que estar muy-muy-muy mal para pedirte auxilio.

—Son una generación muy fuerte, son personas que siempre han cuidado (...) el hecho de que tú te preocupes por ella es, han perdido un poco su misión.

—Yo es que creo que no se quieren ir de su casa, perderían esta, este estatus que tienen de-de mando.

MNU: —Aprovecha a hacer todo esto cuando está sola, le sale su ramalazo de independiente.

—Mi madre la quiero mucho pero es una persona que no puede vivir con nadie, tiene un carácter muy fuerte.

MU: —Yo en el caso de mi madre definiría (...) un cierto no diré egoísmo pero si un bienestar de encontrarse sola.

4.6.2. Los cambios necesarios

La vivienda envejece con la persona mayor y la familia considera que permanecer en el domicilio pasa, por realizar cambios para adaptarse al envejecimiento, tanto en el interior como en el entorno de la vivienda.

Negociar los cambios se considera la opción más apuntada, pero no compartir la vivienda dificulta su acierto y en algunos casos la decisión de libertad de la persona mayor inmoviliza a la familia.

En todos los grupos emerge en su discurso un cierto conflicto sobre el modo como interpretan el cuidado. Básicamente, es considerado como protección frente a hipotéticos riesgos. Pero también como normas que aportan seguridad pero conllevan límites y pérdida de libertad. Se evidencia también un cierto desajuste entre el momento en que la familia y la persona mayor ven el problema y consideran necesaria la implementación de los cuidados. El *tempo* de los mayores es otro que el de los adultos. Así mismo se evidencia como necesario el consenso entre los potenciales cuidadores.

HU: —Lo principal es que no tengamos la información como si estuviésemos viviendo con ellos (...) si les queremos cuidar, a veces nos equivocamos (...) a mí me parece que mi criterio es el que manda, el problema es que yo no tengo información.

HNU: —No puedes obligar a nadie (...) yo haré todo lo que pueda, tu haz todo lo que puedas y nosotros lo hacemos así.

—Ella misma es consciente de esto, de estas limitaciones (...) es importante esto, que las personas también vayan asumiendo.

—Lo que tú quieres dar a tus padres que también es beneficio, como ellos no lo entienden así, es cuando tienes que volver a lo que he dicho antes de negociar, de pelearte, de discutir.

—Sabemos que forzarla a ir a una residencia o algo en contra de su voluntad, de esa categoría, acabaría con ella (...) pero en cualquier momento me veré obligado a tomar una decisión.

—En cualquier caso siempre lo conseguirás más tarde de lo que hubieras querido.

—Por mi experiencia siempre entran soluciones (...) cuando menos lo crees, te llegan.

MNU: —Hemos logrado ahora tener una persona por las mañanas- por las mañanas, pero esto sino es mañana, será el mes que viene, ha de tener una persona todo el día.

—Así como es ella tampoco va a querer a nadie-a nadie, claro, te preocupa, nosotros, hace poco se cayó y-y-y bueno le pusimos un teléfono de estos que solo pones y ya.

—Cuando ella decide “Sí, vamos a ir a urgencias”, a lo mejor han pasado cuatro o cinco días.

MU: —Ahora tú dices: en este momento no se adaptaría pero quizás de aquí a x años, tú dirías, este no es mi padre.

4.6.3. Apego a la vivienda

La familia percibe que la persona mayor frente a las opciones de convivir con la familia o ir a vivir a una residencia prefiere cualquier modalidad de ayuda que le permita continuar viviendo en su casa.

De igual forma entiende que en la vivienda que ofrece la familia, la persona mayor no identifique su espacio y que considere que esa convivencia supondría mucha adaptación para todos. La familia considera que el ingreso en residencia es mejor aceptado bajo la premisa de temporalidad, pero no siempre es posible por motivos económicos.

HNU: —Y mi madre ¡erre que erre! qué de casa no sale, qué si la llevamos a una residencia, que nos va a desheredar [risas].

—Mi madre, ella, yo creo que esto de cambiarse a casa, además de querer vivir en su casa, yo creo que lo que tiene miedo es a molestar, no tener su-su sitio.

—Porque también el otro problema de la residencia es que cobran mucho (...) son caras y para poder pagar la residencia...

4.6.4. La preocupación por el futuro

El futuro es visto por la familia como amenaza a la permanencia en el domicilio de la persona mayor y con preocupación por la forma cómo afectará a su implicación como cuidadores.

A un sector de los familiares les cuesta más que a los propios mayores reconocer que la vejez es la última etapa de la vida. Es difícil aceptar que se acaba el tiempo, lo que justifica, aunque la preocupación por lo que pueda pasar es constante, la preferencia de no pensar demasiado en el mañana y disfrutar el hoy; no anticipar los problemas.

HNU:—No puedes estar pendiente porque tienes trabajo, tienes familia y tienes otras ocupaciones y entonces, somos egoístas y no queremos perder eso y-y-y-y le pones una chica.

MNU: —Sé que son 85 años y que no vamos a más, vamos a menos y entonces, sí me angustia mucho pensar en esta situación.

MU: —Ellos tienen muy dentro de su cabeza que aunque sean independientes, mmm también saben, que el tiempo se les está acabando y yo creo que son más conscientes ellos que nosotros.

—Me da miedo que se ponga enfermo, tengas que sacarlo de su entorno, desvincularlo.

—Me he vuelto muy comprensiva yo creo que todos llegamos a hacer todo lo que no queremos, unos en un grado y otros en otro.

—Mi madre siempre me decía que su madre decía: “Lo que me ha parado a mí, te parará a ti”.

HU: —Cada vez puede caminar menos, y tiene que ir en coche, después no podrá ir en coche, pero ya tenderemos puentes cuando sea necesario, de momento estos años han sido fantásticos.

—Siempre tienes esa preocupación, porque es lo que decía él, muchas veces hay que frenarlas, porque piensan que todavía tienen 30 años.

—Para nosotros una residencia sería una mayor seguridad, pero es lo que ella quiere, estar en su casa, con sus amistades (...) mi madre, siempre

espera el último momento, a lo mejor te llama tres o cuatro veces al día (...) y no me llama si se encuentra mal a las tres de la mañana.

4.6.5. Relación entre autonomía y capacidad para vivir solos

Se evidencia desajuste entre la percepción de autonomía de la persona mayor y la que de él tiene su familiar. De igual forma los familiares manifiestan preocupación por la posibilidad de que la persona mayor no reconozca su necesidad de ayuda (para no perder libertad y porque tiende a normalizar el proceso de envejecer). Aparece también acuerdo entre nuestros interlocutores en el hecho de que los mayores no necesiten ayuda se relaciona con el carácter más que con capacidades físicas.

El sector de familiares, mujeres con estudios básicos y medios, manifiestan inquietud por la capacidad de la persona mayor de hacer frente a los posibles riesgos; situaciones en las que consideran que los mayores tienden a minimizar los problemas y retrasar las soluciones; por ambos motivo, los familiares justifican conductas de sobreprotección.

Sin embargo, entre los familiares (hombres con estudios superiores) se aprecia un discurso centrado en la libertad de la persona mayor, con tendencia a considerarla capaz.

Preocupación de la familia por la marcada diferenciación de capacidades por género entre las personas mayores y en su adaptación al perder la pareja.

HNU: —Agradezco muchísimo a mi madre que tenga esa independencia pero también me preocupa.

—Nosotros a veces nos preocupamos demasiado (...) No contesta mi padre y todo el mundo empieza llamando, y la mayoría de veces se está duchando (...) si lo que nosotros estamos haciendo es limitar a la otra persona que deje de ser persona no está bien.

—Yo no puede entender cómo puede estar por ejemplo, así, vete a saber desde cuanto tiempo en el más total silencio (...) no puede ser bueno, el coco te tiene que funcionar de una manera mala.

—Ellos son más fuertes (...) lo esconden, no quieren dar ninguna preocupación.

MU: —Dice que no puede hacerse las uñas, que no ve bien para hacerse las uñas, que si conduce en las rotondas le sale uno no sabe qué hacer, que si se ducha si sale, se despista y sale, patina.

—Es muy autónomo pero creo que efectivamente es mucho más dependiente de lo que era mi madre estando en la cama y no pudiéndose mover, él lo puede hacer, pero necesita, te lo tiene que decir.

MNU: —Ve muy poco, pero ella no necesita ni que la acompañen, se va por la barriada, ella se busca sus estrategias (...) el carácter es muy importante.

—Esas picardías de, cómo yo soy autosuficiente y siempre he sido muy independiente me voy sola (...) eso le daba mucha seguridad a ella. Se sentía bien, se sienten útiles.

—Aprovechan hacer todo esto cuando está sola-cuando está sola, creo, que le sale su ramalazo de independiente, de fuerte.

4.6.6. Las estrategias para mantenerse en casa

El espacio conocido, según los familiares, en parte es más seguro, pero la casa necesita ser adaptada a los cambios inherentes al envejecimiento, un sector de los mayores mejora la accesibilidad precozmente, de no ser así, los cambios más grandes en los casos de dependencia los suele decidir la familia. Aunque lo que los familiares consideran imprescindible para poder continuar viviendo en su casa es la conservación de las facultades psíquicas y físicas acordes a su edad. El reparto entre los potenciales cuidadores de tareas en función de las necesidades de la persona mayor facilita la permanencia en el domicilio. La edad del cuidador familiar es vista como un factor implicado en la empatía y que modifica la posición frente a las personas mayores. De igual manera la edad del cuidador contratado debe tenerse en cuenta, especialmente entre los que no tienen formación geriátrica.

MU: —Mi padre ya tiene el baño con todas las barreras puestas, todo adaptado un timbre que no es necesario, porque hasta ahora estaba bien.

—¿Aumenta la seguridad en la casa? El cuidador, eliminar barreras, adaptación de la vivienda, los vecinos, los amigos, porque en casa no quiere nadie.

MNU: —Encuentro que una persona puede vivir sola cuando sus facultades tanto psíquicas como físicas son buenas (...) es más importante que estén bien de aquí [de la cabeza].

HNU: —Tuvimos que quitar la bañera y poner un plato de ducha, eh, para el baño ponerle para agarrarse, asas para que pueda sentarse en el baño, porque no se podía levantar.

—Si no es de confianza es lo mismo que estar sola (...) a partir de los cincuenta, nosotros hemos visto más responsabilidad o más sensibilidad hacia la persona que cuidan.

HU: —Con 65 años al morir mi padre (...) tuvimos un primer choque fuerte para entender qué podía, qué era capaz de hacer mi madre viviendo sola (...) con ella colocamos a todos, tú hasta aquí, tú las parte médica, tú la parte económica, tú la de compañía.

4.6.7. La red sociofamiliar

Los participantes en los grupos, consideran que los vínculos que la persona mayor establece con la red social pueden actuar sobre las discapacidades.

A los hijos les cuesta ostentar el poder frente a sus padres mayores, especialmente en las familias tradicionales; pero impregnados del discurso de los profesionales de la salud, sitúan el énfasis en el riesgo de la soledad de los mayores, hecho que puede conllevar la normalización de su desautorización. Ese cambio de poder para poder cuidarles, requiere de voluntad y habilidades para la negociación.

Entre algunos familiares el cuidado-ayuda se considera un deber moral y el cuidador se identifica con el perfil de mujer, de mediana edad y ama de casa. La soledad de su familiar la perciben con un matiz de incumplimiento del deber de hijos, acorde con posición discursiva de grupo social inscrito en una estructura social tradicional con rol subordinado de esposa e hija, que presenta dificultades para poner límites. Al mismo tiempo en continuidad con el modelo patriarcal, los mayores más conservadores intentan seguir siendo autoritarios, haciendo que la familia se sienta mal si no cuida.

Otro sector de informante presenta posición discursiva de relaciones familiares actuales, algo distantes, pero con implementación de estrategias que amortiguan el efecto de los problemas de la edad, con el objetivo de retrasa la dependencia. Cuidar no se considera obligación, se tiende a repartir la carga con otros familiares, contratar servicios y poner límites.

HNU: —A esta edad todos se vuelven muy cabezotas, no quieren admitir que los lleves tú (...) decirles que tienen que tener una persona, o vete a acostar, o tómate esto, medicamento y demás, todo esto lo rechaza (...) nos siguen viendo como los niños.

—De hecho mi madre me coge y me sienta encima, como cuando yo tenía diez o quince años.

HU: —A tu hijo cuando se comporta mal, tú criterio es el que mandas (...) pero a las personas mayores y tus ascendentes, la discusión de ¿porqué subes si puedes hacerte mal?, y él me dice y ¿tú porque haces escalada?

—Lo importante es proponer y además ¿qué sentido tendría esta vida, si tu padre no puede ir en bicicleta?

MNU: —Repercute en tus hijos, en tu marido, en tu trabajo, te repercute en todo y hasta que llega un momento que la cabecita te dice, “M. no puedes seguir así”, es que tú vas detrás.

—La que tuve que cambiar fui yo (...) voy a verla cuando yo estoy bien (...) ahora cuando me está cargando las tintas le digo bueno, “que me alegro mucho de que estés bien” le doy dos besos, y le digo es que me tengo que ir.

—Es por dar costumbre, porque nosotros lo hemos hecho, hemos dado (...) tienes que ir a pasar el-el turno que digo yo, el turno de la tercera edad (...) pero es que la culpa es nuestra, ahí estamos se creen que tenemos unas espaldas, ¡ASÍ!

—Hasta que yo tuve que cortar (...) es que me daba la impresión de cómo si se me chuparan, te chupan la energía-te chupan la energía, sí, sí, como si me absorbieran.

—Mi madre los cuatro primeros años que estuvo mal mmm nosotros cada año nos vamos con los niños, el día antes de irme se tenía que ingresar en la clínica, el día antes, mucha casualidad.

—Me toca ir los domingos al hospital porque “tengo un mareo” mmm llamo a mi hermano, “bueno que estamos aquí, llevo tres horas” “bueno ya me dirás cosas” (...) la verdad es que es nada, y soy yo, la que estoy allí. (...) Me llama por la noche “mañana me vendrás a poner las pastillas” le digo ¿no ha estado L.?, mi hermano, y me dice “sí” y ¿porqué no te ha puesto las pastillas? y dice “tú ven, pónmelas tú, que tú siempre me las pones”.

MU: —Hace tiempo que hemos decidido que todo lo que sea problemas, ocultarlo.

—Si mañana mi padre está enfermo yo no me quiero comer este marrón yo sola. Que si no le marcas mucho-mucho, él no se adaptará ni un pelo a nadie.

4.6.8. El cuidado

El cuidado aparece entre los familiares como actividad que se puede delegar y que debe ser consensuada entre los potenciales cuidadores.

Los familiares que muestran una concepción tradicional del cuidado se preocupan por la manera en la que, algunas veces, la persona mayor cubre sus necesidades básicas; ante lo cual justifican posturas cada vez mas intervencionistas e incrementa progresivamente las adaptaciones para que la persona mayor continúe activa. Sin embargo, entre los hombres con estudios superiores predomina un discurso tendente a minimizar las dificultades y las

preocupaciones; expresan reconocimiento de que el cuidado es un proceso con etapas distintas a las que hay que adaptarse. Manifestaciones de inquietud por el hecho de que la actividad de cuidar se tenga que aprender observando, usando el sentido común y sin asesoramiento de especialistas (higiene, movilidad o ayuda técnica).

Es muy destacable la presencia del discurso del cuidado como carga, que produce cansancio; pero también emerge una mirada hacia el cuidado como tarea gratificante con aceptación de las personas mayores como son y reconocimiento a la edad.

Por otro lado, frente al discurso del trabajo como actividad inamovible en la vida de hombres y mujeres, que repercute en el cuidado, emergen posiciones discursivas acordes con la necesidad de conciliar vida laboral y familiar.

HU: —Unos hermanos hacen una visita obligada y otros como yo, llamo a mi padre, ¿estás bien, necesitas algo?, porque yo sé que lo que hago es intentar respetar (...) esta obligación de estar allí, es un poco lo que menea a la familia.

[Solapando] —Procuró que se haga la voluntad de mi madre que está por encima de todo, pero con un límite, el límite es que cuando salga de casa siempre el móvil (...) con esto del móvil no es culpa de ella, pobre mujer, es una cosa muy complicada para ella.

HNU: —Hasta el día siguiente a las nueve, no vuelve a tener a esta mujer (...) tanto mi hermana como yo, en el trabajo estamos más tranquilos durante la mañana que no está sola.

—Con mi madre (...) en los últimos años casi le tengo que exigir a ella que se cuide (...) me preocupo en muchísimas ocasiones y incluso se molesta cuando indago demasiado.

—La suerte que tengo, desde que falleció mi padre, me he podido acoger a trabajar solo el 75%, entonces, cada mes tengo una semana que no trabajo.

—Si esto también está bien, sí, no tanto dinero, pero más calidad de vida

—Más calidad de vida, yo creo que esto debe de estar escondido por ahí y no te lo dicen.

—Vas actuado por intuición, por observación vas poniendo asas por aquí, le construyes una escalera para que acceda a la bañera (...) vas facilitando un poco este tipo de cosas.

MU: —Me fui acercando cuando mi madre estaba enferma mmm y si necesitaban ayuda, también tenía claro que no me iría a vivir con ellos. Cerca, pero yo no cambiaré de vida (...) es una cosa que él ve, no lo dice, pero yo estoy segura que le preocupa.

—También yo creo que es ponerles pautas (...) es lo que he hecho con mi padre, él no tiene ningún impedimento, nada más que quiere hacer lo que le pasa por la cabeza.

—Lo difícil es juntar lo que nosotros queremos y lo que ellos quieren.

—Me ha tocado esto, y yo quiero cuidar a mi padre (...) ver que es agradable, que es vulnerable que no te molesta.

MNU: —Como un sin vivir, es que le cerraba la puerta de su casa, y una angustia, te sientes culpable (...) Yo era muy protectora de mi madre, mi madre no necesitaba tanta protección (...) vive en cierta manera como ella quiere.

—Una persona mayor vamos a ver, llevar una dieta (...) les aburre cocinar, les aburre, al estar solas (...) no se motivan para cocinar.

—Mi tía comía pan con aceite, cenaba pan con aceite.

—Es que no comía nada (...) era incapaz de hervirse una patata, ¿sabes?, ¡ni un yogurt!

—Cada vez yo le llevaba más, ella se cocinaba menos y ha sido como un engranaje que ha llegado un momento que yo se lo llevaba todo, ella como mucho se calentaba la leche.

—Voy cada día porque sino también sufro, luego también mi tía, luego también tengo mi suegra (...) pero vamos también estoy bien.

—Demasiadas cargas en el mismo momento (...) y tienes una sensación, una sensación de decir, no estoy atendiendo las situaciones que se están dando.

—No puedes cuidar bien a tu madre, no puedes cuidar bien a tus hijos, a tu casa, a tu ocio, o sea, todo, llevarlo bien todo es súper

difícil, siempre has de descuidar una cosa más que otra [hablan a la vez].

4.6.9. Percepción de apoyo en el cuidado

Todos los participantes consideran fundamental tener apoyo de otras personas para la realización de los cuidados; las mujeres buscan apoyo principalmente en la familia; los hombres en la familia y en el cuidador contratado. Un aspecto muy presente en los discursos de los familiares es su inquietud sobre los criterios de reparto de la carga.

MNU: —Mi marido ha estado siempre a mi lado acompañándome en todo, pero me costó mucho convencerla.

—Bueno, somos cuatro (...) mis dos hermanos, a ella le daba igual, realmente lo que quería era las hijas.

MU: —A mí lo que me da miedo es no poder compartirlo, lo comparto solo con mi pareja, él es muy cuidador.

—Mi pareja y mis hijos no han estado a mi lado (...) eso a mí me ha creado una división total en mi cabeza.

HNU: —De los cuatro hermanos que somos, pude hacer entender a dos que tenían que colaborar conmigo.

—Es en parte egoísta, ahora, porque yo sé que si-si tuviera la opción de que alguien le ayudara, pues me descargaría muchísimo.

4.6.10. Género de la persona mayor

Se evidencia consenso entre los familiares sobre la idea de que las mujeres mayores se adaptan mejor que los hombres a vivir en soledad; de igual forma los informantes consideran que ellas hacen menos demanda de cuidados. También manifiestan que de ser necesaria la convivencia, el proceso creen que sería más fácil con las mujeres que con los hombres mayores.

Aparece también en el discurso, evidencia de la existencia de una distribución asimétrica del poder (y su relación con las demandas) entre el cuidador y la persona cuidada, en función del género y el vínculo familiar. La persona mayor hace a cada familiar demandas distintas, según su criterio en el que su género es una de las variables.

HU: —Hace unos años que es viuda, si fuese al revés ya haría muchos años que tendría a mi padre viviendo conmigo.

HNU: —Los hombres, yo creo que son más complicados que las mujeres [risa] mi madre yo me la puedo llevar a casa, pero creo que son más fácil de hablar con ellas.

—Mi madre conmigo está bien, lo que pasa que parece que se ve mejor atendida con su hija, pero es normal.

—Me pide esas cosas a mí, y a mi hermano le pide otras cosas, igual que a mis hermanas les pide otras.

MNU: —¿Y ya te vuelves a ir?, ¡y una semana! ¿Y los niños? Cuando se va mi hermano (...) “Que bien pobrecito, porque con lo que trabaja” [risas].

—Mis hermanos van a verla eh, cada semana, eh, uno a veces está treinta minutos (...) mi madre bla-bla-bla, él no le contesta. ¡Es EXCELENTE! (...) cuando yo iba le pasaba esto, aquello, lo otro y lo otro.

MU: —Mi madre, preocupaciones, tanto a mi hermano como a mí, otras cosas quizás me tiene más confianza a mí.

4.6.11. Género del cuidador

Frente a las necesidades de cuidados por parte de las personas mayores, las mujeres cuidadoras manifiestan que tienden a detectar los problemas precozmente e intentan intervenir lo antes posible; ante situaciones similares, los hombres esperan y, si pueden, delegan la actuación en las mujeres de su entorno.

Los informantes consideran que el género del cuidador marca diferencias en la implicación de la realización de los cuidados. Las mujeres, más que los hombres manifiestan el peso del deber del cuidado a los hijos y del cuidado a los padres mayores. Aunque la petición de ayuda por parte de las personas mayores se apoya en parte en la confianza existente entre ellos; los informantes destacan que las personas mayores exigen menos a los cuidadores hombres y a los que tienen familia.

MNU: -Yo no voy a ser esclava de mi madre toda la vida, porque si yo no estoy aquí siempre, no pasará nada.

—Cuando llegue el momento (...) sé que voy a tener que poner orden con mis dos hermanos.

—¿Qué vamos a hacer con la mamá? (...) me planté y dije "tú, ¿la quieren en tu casa? "No, porque yo estoy viudo". ¿Tú la vas a cuidar? "bueno mi mujer" (...) mi cuñada le dijo "tú si la quieres te vienes a vivir aquí con tu madre. Me dicen ¿y tú? digo NO (...) no voy a dejar mi vida por cuidar a mi madre (...) cuando llegue el momento veremos.

—Los hermanos yo creo que a veces se aprovechan [de las hermanas].

—Yo en mi caso mis hermanos, "como tú llevas todo" (...) mi marido, "sí, como tú llevas todo lo de la casa, como tú..." y ahora mi madre, solo la visitan, no se implican en ir hablar con el médico, con la medicación, de ir al neurólogo, ellos de esto pasan.

—Pero si yo hace años, incluso la acompañe al psiquiatra a la tía de mi marido ¿PERO DÓNDE VOY, y yo que tengo que hacer aquí? si yo no sé nada realmente de su vida [risas].

—Soy la única que vive en el mismo pueblo que ella, soy mujer, eso es muy importante, aunque su hijo preferido es un niño.

MU: —Mi hermano además viene con su mujer y los hijos; mi padre se adapta más, porque es una unidad familiar. Yo mujer y encima sola, tengo que irle detrás.

—No solo el género, mi hermana tiene pareja y mi padre acepta que se vaya mejor.

HNU: —En el caso de mi mujer, sus padres, ella era la hija y su hermano no quiso saber nada.

4.6.12. Recursos sociosanitarios

Los familiares combinan la utilización de recursos públicos y privados. Reconocen las mejoras que suponen algunos recursos de la cartera de servicios de la Ley de la Dependencia, pero son críticos con la burocracia para solicitar las ayudas. Aparece también en el discurso inquietud porque consideran que la persona mayor al sistema parece que le interesa poco.

Así mismo, los informantes perciben fragmentación y falta de coordinación, entre los equipos de salud que atiende a la persona mayor; los familiares consideran el proceso de valoración para la solicitud de recursos demasiado largo y en algunos casos carente de objetivos concretos; de igual forma manifiestan que algunas intervenciones resultan demasiado puntuales y poco asertivas con la persona mayor; la persona mayor y la familia son dirigidas de un profesional hacia otro¹.

1. Denomino "síndrome de las rotondas" a la manera como las personas mayores y familias, son dirigidas de un profesional a otro. Los usuarios sienten que les hacen dar vueltas que enlentecen la gestión de sus problemas.

Los grupos parecen estar de acuerdo en que dado el actual desarrollo de la Ley de la Dependencia, la soledad de las personas mayores mejoraría con el acompañamiento de una persona contratada y expresan su inquietud por las reticencias de los mayores a esta opción.

HNU: —Incluso traen la comida a casa, está muy bien montado y la verdad es que con los vecinos y todo esto, la verdad es que si estás más tranquilo.

HNU: [De la Ley de Dependencia] —Costó de mover papeles y tal, mi mujer estuvo dos o tres meses sin trabajar por esto.

MU: [Los recursos] —Son escasos y te lo pueden poner muy difícil (...) Pienso que llegará un día que en lugar de poner guardería eh, deberán poner centros de día para mayores.

—Cada día hay más personas mayores y no hay recursos o soporte económico, no hay interés.

—Yo creo que les ha venido encima a los políticos, que lo veían venir pero pensaron, ya veremos (...) cuando yo empecé a mover los papeles para ir a un centro de día para mi madre: “ahora vete al servicio social del ayuntamiento”; después “también puedes ir al Consell Insular”; “ahora han de venir a hacer una valoración” (...) valoraciones la han hecho 6 o 7 (...) para después decirte, que me sabe mal pero por 3 puntitos de nada no puede entrar.

HU: —Tuvimos un enfermero con él porque nosotros éramos incapaces de saber qué teníamos que hacer (...) meter una persona

dentro, si es totalmente necesario y por poco que se pueda, no meterla.

—Le pusimos una señora 24 horas (...) pero en cuanto que ella vio que podía hacer cuatro cositas (...) le tuvimos que decir a la persona que no tenía que estar más tiempo. Ellos, marcan un límite.

4.6.13. Tecnología y productos de apoyo al servicio de las personas

Escenario en el que el familiar que decide el recurso está fuera de la vivienda de la persona mayor y cuenta poco con el que está dentro, que es el que lo va a usar. Preocupación en estos casos por la alta probabilidad de que el éxito de la implementación sea parcial. Manifestaciones de inquietud en el discurso de los familiares, porque consideran que las nuevas tecnologías están infrautilizadas, en parte porque las personas mayores asocian tecnología con complejidad y en parte por prejuicios sobre la brecha tecnológica y la escasez de aparatos adecuados a sus capacidades.

MNU: —La Cruz Roja, sí, le traen la comida (...) no se hacía comida, sí. No comía, si están solos se deja, pero costó-costooooó.

—El collar este de la Cruz Roja le da calor en verano se lo quita y no se lo pone

—Estaba perdiendo hasta que dijimos lo de la Cruz Roja y sabemos cierto que no se lo termina pero sabes que tiene entre comillas una nutrición o una ingestión de alimentos correctos.

HU: —Mi madre tiene un móvil, con un botón que aprieta y marca y la he mentalizado de que no deje nunca el móvil y a todo los efectos ahora está menos sola que antes cuando vivía con mi padre (...) enseguida que me llamase yo podría organizar la asistencia.

—Centro de asistencia, mi madre le dijo que el collar se lo colgase mi hermana (...) también le di un móvil pero no había manera de que lo pudiese manejar (...) un portátil, y ha ido a un par de cursos y pero lo digital, no.

—Me ha planteado poner una Webcam, pero he considerado que invadía su intimidad.

—Mi padre el móvil no lo lleva (...) se ha adaptado totalmente a internet y no se ha adaptado al móvil, esto hay que respetarlo.

4.6.14. Alternativas a su vivienda

En muchos casos, surgen las residencias geriátricas como alternativa altamente probable, a la vivienda de la persona mayor. Se evidencian varios niveles de opinión sobre las residencias entre las familias: como justo destino de dependientes, de confusión ante las connotaciones negativas de estas instituciones y como opción última a tener en cuenta, por la sensación de abandono por parte de la familia. Esta opinión negativa sobre las instituciones geriátricas está en concordancia con la publicidad y noticias en los medios de comunicación, que las presenta como espacios donde estar y no para vivir. La residencia es vista como abandono sin embargo si fuese necesario, la familia

no dudaría en llevar a la persona mayor a su casa; de esa manera el deber de cuidar sienten que se cumple, independientemente de quién y cómo cuidara. De hecho cuando el tiempo de dedicación al trabajo es incuestionable, se plantea la rotación de periodos de tiempo en las casas de sus hijos. Vivir con la familia en estos casos no evita ni la soledad ni la necesidad de persona contratada.

MNU: —Yo veo el problema que tendré, ahora yo me estoy mirando la Ley de Dependencia, para mirarme un centro, una residencia, porque sino el toro me va a coger.

—Ella por descontado, impensable ir a una residencia (...) dice que prefiere morirse (...) suele decir que ella no ha tenido cuatro hijos para que luego la lleven a una residencia, ¡también es verdad!

MU: -Mi madre verbaliza lo de ir a una residencia pero llegado el momento no sé si estará tan claro.

HNU: —Lo normal es que quieran vivir y morir en su casa, es lo que desea la gente, y si esto se lo puedes dar, pues fantástico.

—Lo que yo no haré es obligar a una persona a ir a una residencia.

HU: —Ingreso en residencia depende bastante del estado en que se ven (...) puede haber una resistencia pero al final aceptan la situación, en el caso de mi tía, su ingreso a la residencia fue desde la clínica (...) con mi promesa de que si ella se ponía bien y se esforzaba a mejorarse volvería a su casa.

HNU —En mi casa por ejemplo seria estar sola desde por la mañana a la tarde. En casa de mi hermana, seria estar igualmente sola (...) el trabajo es trabajo y necesitas tener igualmente una persona.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

Este capítulo responde a la puesta en relación de los datos obtenidos a partir de los discursos de las entrevistas de las personas mayores y de los GD de familiares, con la perspectiva teórica y el contexto social en el que se enmarca este estudio.

Esta tesis parte de la premisa de que la mayoría de las personas mayores de 75 años que viven solas tienen alguna dificultad para satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales, debido a pérdida de autonomía. Este trabajo ha pretendido caracterizar las prácticas sociales vinculadas a la forma residencial de las personas mayores de 75 años que viven solas y la percepción que las familias tienen de dicho fenómeno. Se ha centrado en explorar de qué manera interaccionan el género, el nivel de autonomía, la red sociofamiliar y el nivel de instrucción de las personas mayores, en la situación de permanecer en soledad en el domicilio. De igual forma

ha pretendido comprender el papel que juegan el género y el nivel de instrucción de los familiares en su actitud con las personas mayores que viven solas.

Es conocida y así lo recoge la literatura (Fericgla, 2002; Gil Calvo, 2003; Pérez Ortiz, 2004; López Doblas, 2005), la repercusión que las transformaciones familiares están produciendo sobre los cuidados de las personas mayores. Y aunque es bastante aceptada la idea de que las personas mayores prefieren vivir en soledad a hacerlo con su familia, al explorar en nuestro trabajo las estructuras del campo, se evidencia que las acciones y las relaciones derivadas de la soledad residencial modifican de manera importante las acciones nacidas del *habitus* de esta generación de personas mayores.

El discurso de las personas mayores transita entre la exhibición de capacidades para cumplir su deseo de vivir solo en su casa, considerándolo indicador de competencia (IMSERSO, 2009) y el reproche y preocupación por la soledad a la que le confinan su familiares, amigos y sociedad en general, bajo la justificación de "no tengo tiempo". El discurso de los familiares evidencia el peso del capital cultural en sus posiciones frente al cuidado; evidencia también la dificultad existente para conciliar la vida familiar y laboral con el apoyo a sus padres mayores. Respecto a las relaciones entre familiares y personas mayores, se evidencia el conflicto entre lo que la familia cree que puede y debe aportar y lo que desean y de ellos esperan las personas mayores. Se evidencia una tendencia a abandonar el modelo familista, característico de la familia patriarcal, siendo esta generación de mayores la primera que vive este distanciamiento entre los miembros de una familia.

Este capítulo está estructurado en tres apartados. Los dos primeros abordan los aspectos relativos al contexto de la vivienda de las personas mayores; se centran en los factores particulares que explican la permanencia en el domicilio. El tercer apartado explica la relación de las personas mayores con los recursos sociosanitarios en tanto moduladores de la capacidad para vivir solos.

5. 1. INFLUENCIA DE LA VIVIENDA EN LA PERCEPCIÓN DE AUTONOMÍA DE LOS SUJETOS

A partir de los resultados obtenidos de las respuestas de los mayores entrevistados, observamos que la vivienda como contexto cuenta con una serie de aspectos que son determinantes, según el criterio de sus habitantes, para poder permanecer viviendo en ella, incluso en soledad o cuando presentan alguna dependencia. Tal como ilustran los mayores entrevistados en el trabajo de Laínez (2002:459) lo que prima es permanecer en su propia vivienda: “mientras podamos”. Para ellos el cambio residencial puede estar vinculado a situaciones no deseables como dependencia, abandono, desarraigo o pérdida del control de la propia vida y del patrimonio. En muchas ocasiones lo difícil es permanecer.

Aunque todavía en el sector de la salud pública no hay un reconocimiento del papel preventivo y recuperador de la propia vivienda ni del rol de apoyo que tiene en el desarrollo y tratamiento de las enfermedades (Gitlin, 2006), sugerimos, basándonos en los resultados encontrados, que los mayores en su casa se sienten protegidos de “el afuera”, con clara delimitación de lo público y lo privado (Prieto Sancho et al., 2009).

En su casa como campo social con una lógica propia y con relaciones, intereses, recursos y prácticas sociales particulares, es donde las personas mayores realmente encuentran el sentimiento de control sobre su vida. En el mismo sentido Laínez (2002) destaca que la continuidad residencial es una forma de preservar su particular estilo de vida en el que resulta más fácil mantener, reconstruir y superar determinados obstáculos que surgen como amenazas para su autonomía residencial.

Los familiares ven esa soledad como actitud debida a los *habitus* de las personas mayores para mantener la libertad, y como representación del no aceptar ayuda, sabiendo que reconocer la necesidad es perder libertad y poder. De igual forma, en el trabajo de Iglesias de Ussel (2001) los mayores que viven solos destacan la libertad y la tranquilidad que habitualmente encuentran en sus respectivos hogares, como uno de los principales alicientes que ofrece la autonomía residencial.

La presentación de la vejez, como etapa de cambio en los intereses hacia sí mismo, es entendida por las familias como egoísmo. Hallazgos similares destaca Prieto Sancho et al. (2009) que consideran que para la persona mayor todo lo que sucede se explica desde las consecuencias sobre su persona. Por lo que se refiere a las mujeres mayores Pérez Ortiz (2004) matiza el estereotipo de que tienden a centrarse básicamente en lo que ocurre en su cuerpo y en su hogar, adoptando una posición pasiva frente al mundo que les rodea. Destaca esta autora la importancia del hogar como espacio de continuidad de los cuidados en el rol tradicional. Pero también, que las mujeres establecen relaciones de amistad y mantienen actividad social que demuestra preocupación por el resto de la sociedad.

Los discursos centrales de las personas mayores ayudan a explicar la influencia en las actitudes residenciales, de la propia vivienda como espacio identitario. Este aspecto guarda relación con la tendencia a percibir su vivienda dotada de tantas comodidades que manifiestan no tener intención de repararlas (Lázaro Ruiz y Gil López, 2005). Para un sector de las personas mayores, la vivienda continúa siendo territorio de identidad femenina, espacio cerrado, regido por normas tradicionales, perteneciente a la familia. Espacio que ellos mismos prefieren cuidar, con marcado sentido de pertenencia. En este sentido, Pérez Ortiz (2004) destaca, entre sus resultados que tres de cada diez mujeres mayores que necesitan ayuda, siguen asumiendo las tareas domésticas sin ayuda.

Para otro sector de personas mayores la vivienda es un espacio moderno, abierto, con acercamiento entre lo público y lo privado, donde estar y desde el que salir y entrar; adaptado para ser cómodo y fácil de mantener. Espacio en el que sus residentes si pueden, prefieren contratar servicios para su mantenimiento.

Ante la posibilidad de que la persona mayor no pueda vivir sola, se evidencian desajustes entre lo que ella dice y piensa que prefiere hacer cuando no sea autónoma y entre lo que dice y piensa el familiar cuando ofrece alternativas para que la persona mayor no viva sola. En ese sentido, para Bourdieu (1979) es central identificar la ubicación y la trayectoria de los agentes para entender el sentido de sus prácticas.

La familia es consciente de la repercusión que la posición que ocupa tiene sobre sus prácticas y es ajena a que lo que hace o piensa es construcción cultural. Sin embargo percibe que entre las opciones existentes, la más

aceptada, aunque tiene que ser negociada, es la de la contratación de una persona que permita a la persona mayor seguir viviendo en su casa.

El futuro aparece como preocupación en los discursos de las personas mayores y de las familias, en relación a los posibles cambios en el estilo residencial y la necesidad de cuidados.

Los deterioros de la edad, actúan configurando una representación del envejecimiento en la que discapacidad y enfermedad no son ajenas, con la certeza de que el futuro traerá esos deterioros y que la vejez es la etapa de la vida que no tiene continuidad en otra.

Todos los informantes comparten la preocupación por los imprevistos que la persona mayor puede tener estando sola; su posición en los campos y su competencia en los capitales preocupa a la familia que busca la certeza de que la persona mayor no tendrá problemas viviendo sola y choca con las imprevisibles circunstancias externas. Ante esto, los familiares coinciden con las personas mayores en considerar mejor no pensar demasiado en el mañana y disfrutar el hoy; una manera, esta, de no anticipar los problemas. Actitud que también destaca Prieto Sancho et al. (2009:83).

Sobre la permanencia en el domicilio en soledad, el *habitus* y el capital cultural y simbólico de los sujetos influye de forma esencial en su asunción de tal estado. Aunque para la mayoría de las personas mayores la soledad no ha sido elegida, aparecen en sus discursos dos miradas diferenciadas sobre la soledad: como situación aceptada con esfuerzo y como realidad elegida valorada como positiva. Hallazgos similares destaca Iglesias de

Ussel, (2001), que considera que estar solo llega a ser una necesidad y es vista como refugio interno.

5.2. AUTONOMÍA RESIDENCIAL. CAPACIDADES Y ESTRATEGIAS

Las profesiones de los individuos y su relación con la clase social han sido destacadas por Bourdieu (1979) como herramienta de influencia y poder; sin embargo la vejez equipara dichas profesiones en la jubilación, perdiendo en gran medida eficiencia ese capital vinculado a contenidos profesionales. Al mismo tiempo, en esa etapa, aparecen otras relaciones de poder vinculadas al grado de autonomía y su variación de estructura y capitales. Las personas mayores se preocupan por la pérdida de autonomía y la necesidad de cuidados; perciben la dependencia como pérdida de libertad.

Los mayores tienden a sentirse capaces para vivir solos y sin ayuda y exhiben su actividad como presentación a los demás de sus capacidades; esta perspectiva está en claro desajuste con la percepción de autonomía que de ellos tiene la familia. En ese sentido, algunos trabajos muestran la relación entre realización de AVD, y autoestima y percepción de autoeficacia (Reitzes, Mutran & Verrill, 1995; Willis, Jay, Diehl & Marsiske, 1992).

Para algunos autores el ajuste entre las expectativas del cuidador y las de la persona mayor sobre su capacidad de autonomía en las AVD se relaciona con mayores niveles de bienestar (Montorio Cerrato y Losada Baltar, 2004), aspecto que da sentido a la tensión que se produce entre el valor del hacer de los mayores y del saber de las familias. El hacer del campo de la vivienda

de los mayores está condicionado, por una parte, por los conocimientos de los agentes de la familia que tiene un saber aprendido del exterior y por otra por las acciones de las personas mayores, en función de su *habitus* derivado de su experiencia.

La familia tiende por este motivo a sobreproteger, actitud que merma en la persona mayor la sensación de autoeficacia y autonomía. Los motivos de la percepción de ser menos capaces son en estos casos debidos: a la falta de práctica en actividades que no les dejan hacer y, a la percepción de que los demás les consideran incapaces (Montorio Cerrato y Losada Baltar, 2004).

En nuestro trabajo las personas mayores que consideran que sus capacidades son heredadas e inherentes a las personas, tienden a mostrar actitud de conformismo frente a las situaciones que les toque vivir. Entre quienes consideran que las capacidades son en gran medida adquiridas, emerge un discurso de adaptación a los cambios. Bourdieu utiliza el término estrategia en relación a las prácticas que permiten reconocer las dificultades que impone el campo y los *habitus* para realizar un cambio (Fernández, 2003).

Todo cambio implica modificar las estructuras del campo y los *habitus* de los agentes (Perdomo-Rubio y Martínez-Silva, 2010); este proceso dependerá de la disposición del capital cultural, social y simbólico necesario para desenvolverse de forma satisfactoria en los nuevos campos. Reconocer esta característica de la estructura de los campos es un paso para la gestión cualquier cambio. En la generación de personas mayores estudiada en este trabajo, es especialmente importante el capital cultural incorporado mediante la interiorización de experiencias. Bajo ese matiz de adquirido, las personas mayores y las familias consideran que la capacidad funcional no se relaciona

con rasgos físicos, sino con una actitud vital. Aspecto este último que ayuda a explicar la tendencia de la generación de las personas mayores a minimizar los problemas y retrasar las soluciones; lo que concuerda con los hallazgos de Ruiz-Jiménez y otros (2006), que relacionan la percepción de bienestar, durante el envejecimiento, con factores como el equilibrio entre retos y habilidades y la actitud personal.

Para conservar la autonomía residencial, las personas mayores de este estudio disminuyen las exigencias en su vida diaria. Datos similares destacan Lázaro Ruiz y Gil López (2005), en su estudio sobre viviendas de ancianos, en el que participaron 91 mayores que vivían solos, sus datos muestran esta disminución de las exigencias. Los ancianos manifiestan mayoritariamente estar satisfechos con su vivienda (83%). De los que reconocen que su vivienda necesita reparaciones: un grupo de los mayores piensa hacerlas pero otro destaca que no piensa llevarlas a cabo. Naturalizando las rutinas, disminuyen las incertidumbres y sienten que optimizan sus capacidades (Prieto Sancho et al., 2009).

Las personas mayores de nuestro estudio, aunque identifican puntos de riesgo en la vivienda que deberían ser adaptados utilizan aparatos de apoyo y ayuda de personas lo menos posible. Hallazgo que concuerda con estudios que llegan a situar entre el 30 y el 50% la ausencia de uso de las ayudas técnicas disponibles en los hogares (Wessels et al., 2003).

Puede suponerse que las reticencias que los mayores presentan para adaptar la vivienda estén justificadas en parte por las dificultades que encuentran. Desde el punto de vista del Estado de Bienestar, La adecuación de la vivienda, parece ser, según Laínez (2002:189) "la segunda parte del derecho a la vivienda". La concepción de la ayuda económica para estos casos responde a una visión

empobrecida de sus necesidades residenciales. Derivado de estas actuaciones las personas mayores suelen disuadirse del intento de mejorar su vivienda y no excluyen la necesidad de recurrir a los mecanismos del mercado. En este contexto de riesgo, la familia cuestiona el espacio conocido como seguro para la persona mayor; especialmente en los casos en los que consideran que no está adaptado a los cambios inherentes al envejecimiento.

Los familiares coinciden en considerar que las nuevas tecnologías que facilitarían la permanencia en el domicilio a las personas mayores están infrautilizadas; debido en parte a la brecha tecnológica existente que se acortará cuando los fabricantes de cualquier tipo de productos consideren a las personas mayores potenciales clientes. Poveda, Barberà, Prat y Vera (2009), identifican la falta de adecuación de los productos en general a las necesidades de las personas mayores y destacan respecto a su criterio de compra, las preferencias por la posibilidad y capacidad de uso, calidad y funcionalidad.

No saber hasta cuándo podrá la persona mayor vivir sola, es preocupación compartida por familiares y personas mayores, hasta el punto de reconocer que es un tema que evitan pensar ante la ambivalencia de pérdida de libertad y poder al tener que convivir con su familia, o pérdida de identidad al ir a vivir a una residencia; discurso este último muy cristalizado por el origen de las actuales residencias: instituciones que, al percibir la vejez desde la vulnerabilidad y bajo el argumento de protección y asistencia de beneficio, han ido construyendo su concepción con elementos de discriminación. Cuando los servicios escasean tienden a verse como gratificables y pueden conllevar un estigma para quien los recibe (Bazo, 2008). La opinión de los mayores sobre las residencias ha sido explorada por López Doblas (2005) en un trabajo sobre personas mayores que viven solas; para la mayoría no es

una alternativa apetecible y piensan en ellas como una posible, aunque no deseada, alternativa. Destacan de las residencias más los aspectos negativos y las consideran lugares con personas sin motivos para vivir.

Opiniones como estas plantean la necesidad de modelos de atención que permitan envejecer en casa con apoyo real (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2000). En la misma línea argumental señala Rodríguez Cabrero (2005), que las tendencias en las políticas europeas en esta materia deberían estar marcadas por la creciente importancia de la persona mayor y de su familia en relación a la elección de prestaciones sociales. De manera que fuesen más adecuadas a sus necesidades dentro de los límites financieros que imponen las legislaciones nacionales sobre atención a la dependencia.

Los datos de esta investigación apuntan a que se ha producido un cambio en los cuidados familiares, pero también indican que ha sido un cambio conservador. Entre las familias, aun sin sentimiento de obligación de cuidar, las instituciones geriátricas son el futuro de quien no puede ser cuidado y es visto como abandono. Entre las personas mayores, cuando planifican ir a vivir a una residencia geriátrica intentan dar a la decisión sentido de temporalidad, hecho que se consigue en parte conservando la casa.

Otra de las actitudes de la familia que evidencia ese cambio parcial es que su bienestar es inversamente proporcional a la intensidad de la responsabilidad sobre la persona mayor, (que tiende a aumentar con la edad). Ante el aumento de preocupación, van añadiendo medidas de seguridad en torno a la persona mayor. De igual forma, el sentimiento del deber de cuidar se resuelve al traerlos a casa, incluso contra su voluntad, independientemente de quién y cómo cuidará.

La preferencia por la estancia en las casas de sus hijos ha sido estudiada por autores como López Doblas (2005), que destaca que no siempre los motivos de la vida en solitario son algo pretendido, sino aconsejado por las circunstancias. Puede influir en la decisión, sentimiento tales como que al ir a vivir con su familia se convertiría en un estorbo, temor a pasar horas de soledad en un entorno desconocido o problemas de espacio en la vivienda familiar. Los datos de nuestra investigación indican que tanto las personas mayores como los familiares consideran que en algunos casos esa opción residencial no resuelve ni la soledad ni la necesidad de persona contratada, dado que el tiempo de dedicación al trabajo para algunos familiares es incuestionable.

Parece también que un sector de personas mayores no tiene posibilidad de convivir con la familia. Compán Vázquez y Sánchez González (2005) en su trabajo con una amplia muestra de mayores en Granada afirman que al aumentar la edad aumentan los excluidos por las familias y los servicios sociales. Para estos autores, la cobertura asistencial existente es en realidad un complemento a la ayuda familiar y es totalmente insuficiente para vivir solo.

Entre la consecuencia del hecho de ejercer la actividad de cuidar, que preocupa a familiares y personas mayores, se encuentra la necesidad de realizar cambios principalmente en la vivienda. La familia considera que los potenciales cuidadores deben estar de acuerdo y que los cambios se deben negociar con las personas mayores. Aunque la familia reconoce que al no compartir la vivienda, solo utilizan su criterio, a menudo con información parcial y teniendo poco en cuenta a la persona mayor que es quien tiene que estar de acuerdo.

En otros casos la decisión de libertad de la persona mayor puede inmovilizar a la familia. Por parte de la familia, la creencia de dificultad para incorporar nuevas formas de cuidados se relaciona con estereotipos que han sido rebatidos por autores como Bourgeois, Camp, Rose, White, Malone, Carr y Rovine (2003). En relación a los cambios, los familiares y mayores comparten un cierto conflicto sobre el cuidado, como forma de seguridad pero que conlleva pérdida de libertad.

Las personas mayores de nuestro estudio presentan posiciones discursivas desde actitudes de autocuidado como práctica de vida, generadora de autonomía; actividad que como afirma Conde y Marinas (1997) ha conseguido mejorar su calidad de vida y encontrar formas de vida mucho más activas y ricas que en el pasado.

5.2.1. Diferencias de género ante la soledad residencial

Hombre y mujeres mayores están de acuerdo en que vivir en soledad para las mujeres es más fácil en relación a las actividades de la vida cotidiana que para los hombres; existe entre las mujeres una notable capacidad para desarrollar diferentes roles; la trayectoria de vida de las actuales mujeres mayores les prepara para acometer diferentes responsabilidades y actividades a la vez.

Esta opinión es compartida por los familiares de nuestro estudio, que además consideran que las mujeres mayores hacen menos demanda de cuidados que los hombres. Estudios cuantitativos que se han realizado acerca del mismo tema destacan que los hombres demuestran mayor dependencia para la realización de las ABVD, aunque su dependencia no se relaciona con estado

de salud como en las mujeres; en esta generación es una dependencia cultural, como se demuestra cuando se separan en la valoración actividades como limpieza o uso de teléfono (Tomás et al., 2003).

De igual modo, de nuestro análisis se desprende que, entre las personas mayores, el hecho de no participar en las tareas domésticas no se relaciona con capacidad; la implicación en el hogar ha tenido y todavía tiene relación con el marcado reparto de roles por género y generación, que se evidencia especialmente en su adaptación en la vida cotidiana, al perder la pareja (Ducharme & Corin, 2000).

El género, junto con la edad y el vínculo familiar, configura un sistema de jerarquía social con relación asimétrica de poder. Dado que los principios a partir de los cuales el individuo construye su identidad social y la representación de las funciones que corresponde a cada género se sitúan en relación con los padres (Bourdieu, 1991), no es de extrañar que entre la posición en el campo de la nueva familia –de reproducción– y la que se ocupaba en la familia de pertenecía, se establezcan relaciones de fuerza; más concretamente entre la acumulación de capital del cuidador y de la persona cuidada. En esa línea, las mujeres con estudios superiores manifiestan que las personas mayores hacen menos demanda de atención a los cuidadores que son hombres o mujeres con pareja. Como afirma Bourdieu, (2000), la diferenciación por género estructura toda la vida social privilegiando las estructuras androcéntricas.

Resultados esperados, que están de acuerdo con las representaciones sociales que ubican la experiencia femenina en el ámbito doméstico y la masculina en el público, y que convierten a las mujeres solas (como afirma

Adelantado et al., 2004), en supervivientes, con características que les permiten continuar en esa situación.

Se evidencia en este trabajo que el género del cuidador no es ajeno a la interpretación del cuidado; las mujeres tienden a intervenir en los problemas con antelación; los hombres esperan y si pueden delegan en las mujeres de su entorno. Las mujeres creen que el cuidador hombre se implica menos.

5.2.2. La ayuda sociofamiliar en el cuidado

El apoyo por parte de la red sociofamiliar forma parte de los factores determinantes de la permanencia en el domicilio. Las personas mayores evidencian concepciones distintas sobre la red sociofamiliar y sus obligaciones. Concepción tradicional por una parte de las personas mayores, para las que su representación del posible cuidador está asociada principalmente a las mujeres de la familia. Esta idea tradicional la comparte el sector de mujeres con estudios medios y básicos, amas de casa y trabajadoras del sector servicios, de edades comprendidas entre 33 y 68 años; estas informantes en algunos casos, se sienten cuidadoras de más de una persona mayor de la familia y aunque demanda liberarse de algunas tareas, le cuesta perder el control del cuidado.

La existencia de actitudes similares a la comentada, evidencia la necesidad, como afirma Pérez Salanova y Yanguas (1998), de identificar las percepciones familiares relativas a los problemas, la valoración de las respuestas frente a ellos y su repercusión en la vida cotidiana; de igual forma, no debería dejarse de lado

la presencia o ausencia de capacidad para la realización de cuidados, aunque comporte mayor dificultad para que el sistema se adapte a la necesidad.

Las personas mayores entrevistadas manifiestan preocupación por los cambios de valores en la familia (incremento del individualismo). Abundando en esa idea, en este trabajo se evidencia que los adverbios cerca o lejos en relación a la vivienda familiar, aluden a la disponibilidad más que a la distancia. Se pone también de manifiesto la existencia de un código de relación, elaborado en función más de la búsqueda de la tranquilidad del familiar que del bienestar de la persona mayor

En definitiva, la permanencia de la persona mayor viviendo en soledad pivota en parte sobre su red social, en la que se apoya en las situaciones de dificultad. Situación que en el futuro será menos habitual debido a los cambios de la estructura y valores familiares.

El cabeza de familia tradicional como herencia del modelo patriarcal, todavía hoy y muy especialmente en la generación a la que pertenecen los mayores de nuestro estudio, es quien define la lógica del campo, y ha sido el promotor de un sistema simbólico en torno a las relaciones familiares que justifica la autoridad que ostentan (Bourdieu, 2000). Pero el poder que ostenta la persona mayor requiere de la complicidad de la familia para ejercerse y se transforma cuando cambia su ubicación en el campo (necesita ser cuidado). El discurso de los familiares evidencia que les cuesta ostentar ese poder para cuidar a sus padres mayores. Este cambio de poder requiere además de la voluntad de los hijos para asumirlo y habilidades para la negociación especialmente en la implementación de los cuidados. Otro aspecto a destacar es la relación entre la legitimidad del poder de un agente y la posesión de capitales; por

ello, en la relación que se establece en la actividad de cuidar, la autoridad del cuidador es más aceptada si tiene propiedades masculinas (mujer trabajadora) o exhibe un alto nivel de instrucción e información. Por este motivo la mujer incorpora comportamientos que se vinculan con lo masculino para ejercer la autoridad. La persona mayor frente al familiar, cuando es mujer con bajo nivel de instrucción, conserva más control y poder.

En una concepción tradicional de red social, las personas mayores y las familias consideran que el cuidado de sus miembros es un deber moral en el que las mujeres (incluso con vínculo político) son el principal protagonista. Hallazgo que coincide con el trabajo de Adelantado (et al., 2004) realizado con personas más longevas, en el que apunta que la presencia de los servicios públicos para la realización de los cuidados es minoritaria, que muchos mayores tienen alguna persona remunerada para las tareas del hogar y que la familia asume el cuidado aun cuando aumenta la dependencia. Solución que pasa en muchos casos por el mantenimiento de las mujeres en el hogar (Bazo y Ancizu, 2004).

Los mayores más conservadores intentan seguir siendo autoritarios, haciendo que la familia se sienta mal si no cuidan. Bourdieu (1979) destaca las propiedades que los individuos incorporan a los campos, que ocultan exigencias de género, clase social o generación; en nuestro trabajo se evidencia la lucha por conservar el poder de los hombres y la generación de mayores frente a las mujeres y la generación de los familiares.

Entre los familiares, especialmente las mujeres con estudios básicos, la soledad de la persona mayor es percibida con un matiz de incumplimiento del deber como hijos; discurso de grupo social inscrito en una estructura social

tradicional de rol subordinado de hija y esposa. Bourdieu (1999b) propone, para elaborar explicaciones de la subordinación de género, reconstruir la historia de los agentes y las instituciones que aseguran su permanencia (Iglesia, Estado, Escuela). Para que el cambio de la asimetría de género sea posible se requiere del análisis de los mecanismos que perpetúan el orden jerárquico.

5.2.3. Alternativa del cuidado tradicional

En una concepción actual de red social, la familia comparte espacio con amigos o vecinos. La familia patriarcal con sus obligaciones ha sido sustituida por otros modelos de familia en los que las relaciones entre sus miembros son más distantes aun con vínculo afectivo estrecho.

En ese sentido, las familias en los GD, ante el reconocimiento del poco tiempo de que disponen para dedicar a los mayores; ocupan dos posiciones discursivas; en una se evidencia el escaso interés en conciliar trabajo y familia, así como el peso del actual modelo de trabajo y consumo imperante, con larga jornada laboral y escaso tiempo para la familia. Modelo que dejaría gran parte del día solo a su familiar mayor en el hipotético caso de que viviese con ellos (López Doblas, 2005). En otra posición, frente al discurso del trabajo como actividad central en la vida de hombres y mujeres, emergen posiciones acordes con la necesidad de conciliar para cuidar.

Cada vez es más frecuente, y así surge en nuestro trabajo, que frente a la concepción tradicional de familia que obligaba a la descendencia a cuidar a sus mayores, emergen, compartidas por las personas mayores y familiares, nuevas perspectivas de planificación en la vejez en las que la familia no es la única

proveedora de cuidados; en ese sentido las mujeres con estudios universitarios, se identifican poco con el rol de cuidadoras, supervisan pero no realizan la ayuda; manifiestan un cierto alejamiento del modelo familista hacia contratar servicios, gesto visto socialmente como liberación de obligaciones tradicionales; esta actitud produce cambios en las demandas de las personas mayores, entre las que en nuestro estudio aparece un discurso emergente con tendencia a alejarse de los datos de estudios como el europeo OASIS (Ancizu y Bazo, 2001) en el que se destacaba en España una clara preferencia de ser cuidado cuando lo necesite por la familia; a diferencia de países con Estados de Bienestar más desarrollados como Noruega. Probablemente este cambio también responda en parte en nuestro país a las mejoras en el Estado de Bienestar.

Los familiares con esta concepción nueva sobre el cuidado presentan una posición discursiva triple, como hijos, como padres y como trabajadores, con manifestaciones de cansancio pero también de orgullo de ser capaces y mirada hacia el cuidado como tarea agradable, con aceptación de cómo son y reconocimiento de la edad.

5.2.4. El impacto del cuidado

Aunque la familia considera que la actividad de cuidar consiste en una relación que se desarrolla en un contexto específico y que está influenciada por la respuesta del individuo, en algunos casos los familiares justifican posturas cada vez más intervencionistas ante los riesgos que consideran que conllevan determinadas prácticas de los mayores solos. Frente a esta postura, los familiares defensores de personalizar los cuidados (hombres con estudios universitarios) sitúan como centro del cuidado la libertad de la persona mayor.

Invocan el abordaje holístico de los cuidados, pactados entre el que cuida y el que es cuidado.

En nuestro trabajo, un aspecto fundamental que emerge en los GD de mujeres es la importancia de poder compartir con la familia las decisiones sobre las personas mayores. Para los hombres cuidadores además es importante tener en quien delegar; para todos los participantes es necesario definir criterios de reparto de la carga de cuidado. En la acción de realizar los cuidados el capital cultural de toda la red sociofamiliar es el que legitima al agente para cumplir con su posición es una combinación fruto de los *habitus* de sus miembros.

Entre los cuidadores familiares, la actividad de cuidar se aprende observando, usando el sentido común y sin asesoramiento de especialistas (higiene, movilidad o ayuda técnica). Este autoaprendizaje, tal y como destaca Bover (2004), denota el escaso valor que la población da a la intervención del sistema sanitario en el ámbito doméstico.

Esa evidente necesidad de la intervención pública en áreas que hasta ahora han sido exclusivas de la familia, es también destacada por Bazo (2008). Intervenciones que, bajo la premisa de que no cualquier técnica es válida, apliquen la creatividad a las características de cada persona (Montorio Cerrato y Losada Baltar, 2004).

Otro aspecto que los familiares valoran es la edad de la personas cuidadora; manifiestan que es determinante en la relación con las personas mayores. En concreto, consideran que es de mejor pronóstico que no sea joven. Las propias participantes de género femenino pregeriátricas consideran su

etapa más fácil para empatizar con sus familiares mayores y reconocer los cambios que inexorablemente produce el paso del tiempo.

Se destaca entre las personas mayores y familiares, la confusión que comparten con algunos profesionales, entre atención y apoyo, Croucher (et al., 2008) consideran importante la valoración realista sobre el tipo de servicios y los recursos para sustentarlos, con el fin de evitar el vacío de servicios que frecuentemente se llena con la familia.

5.3. EL EQUIPO DE SALUD Y LOS RECURSOS SOCIO SANITARIOS

Uno de los hallazgos de este estudio es la escasa relación de las personas mayores con el equipo de salud y el hecho de que los motivos de la relación sean principalmente los derivados del tratamiento farmacológico. Además las personas mayores destacan como problema la distancia de su vivienda a los centros, aspecto que destaca también en su trabajo Compán Vázquez y Sánchez González (2005).

Familiares y personas mayores percibe atención fragmentada por parte del equipo de salud y no identifican al agente proveedor de cuidados. Hallazgo que comparten varios autores (Beaver y Miller, 1998; Bazo y Ancizu, 2004); en sus trabajos destacan que los recursos son escasos y fragmentados y que entre sus agentes no están claras las funciones y responsabilidades.

Otra evidencia de nuestro trabajo es la importancia que para las personas mayores tiene, conocer al profesional que les atiende. De su relación con el

equipo de salud consideran al igual que los familiares que es con más frecuencia maternal que empática y asertiva. Ambos hechos podrían relacionarse con la desvinculación de los tratamientos. Hallazgos similares encontraron en el estudio en cinco países europeos, Bazo y Anziazu, (2004), que destacan en relación a los sistemas de apoyo la importancia de que sea el mismo grupo de personas quien atienda a la persona mayor para conseguir ir más allá de la ayuda instrumental.

Por otro lado en este estudio emerge el discurso de un cuidador familiar cada vez más alejado del modelo tradicional, que modifica su relación con los profesionales de la salud. Aunque la asistencia sanitaria actual responde al modelo médico hegemónico, con poco espacio para actividades relacionadas con los cuidados; tal como afirma Miró (2008), las demandas de los usuarios amplían las posibilidades de entender y practicar una medicina y una enfermería desde otras perspectivas, rompiendo de esa manera el sentimiento existente entre los familiares de que la persona mayor al sistema le interesa poco. Las enfermeras de Atención Primaria deben adaptar la organización de los cuidados dirigidos a las personas mayores que quieren continuar viviendo en la comunidad; su cualificación les permite cuidar de manera autónoma, con escasas intervención médica y sin intermediación de otros equipos, pero se precisan recursos que hagan creíble la idea de que los ancianos pueden continuar en la comunidad (Corrales, et al., 2004).

La familia reconoce las mejoras que supone la cartera de servicios de la Ley de la Dependencia, pero es crítica con los recursos existentes y la burocracia para solicitarlos.

Los familiares consideran que el proceso de valoración, en la búsqueda de información (a menudo, disponible), es demasiado largo y fragmentado. Para

mejorar estos aspectos de la valoración, experiencias residenciales en Europa, de alojamiento con cuidados, plantean revisiones conjuntas en las que además del residente están presentes un familiar, el cuidador principal, el trabajador social y en algunos casos el gerente del centro (Croucher et al., 2008).

El binomio, “complicado de solicitar” y “lenta concesión de ayudas” explica el escaso interés existente, por parte de las personas mayores, en los recursos dirigidos a facilitar las actividades de la vida diaria; así como su escasa utilización (el acceso para algunos mayores es inaccesible). En esa línea destaca López Doblas (2005), que se ha de flexibilizar los criterios de concesión, ampliar su cobertura y aumentar sus prestaciones; pues aunque la disponibilidad de servicios formales se considera determinante sobre la capacidad de vivir en soledad (Escobar, 2009) estudios como el de Wessels et al., (2003) señalan que los hogares en los que no se usan, las ayudas técnicas disponibles, se sitúa entre el 30 y el 50%.

Nuestro estudio comparte con otros, como los de Martínez-Villarreal, Rodríguez-Ruiz, Ramírez-Llarás, García-Uso, Fabregat-Casamitjana, Fusté-Vendrell (2007) y López Doblas (2004), la dificultad añadida que supone para esta generación de mujeres que viven solas el acceso a los soportes sociosanitarios; la pobreza, el bajo nivel de instrucción y el aislamiento social frecuente entre ellas, explica la escasez de demandas de atención. Pérez Ortiz (2004), en su estudio con mujeres mayores, pone de manifiesto la relación directa que existe entre bajo nivel educativo y desconocimiento de algunos servicios.

Los familiares participantes en los GD parecen estar de acuerdo en que ningún recurso de la actual cartera de servicios mejoraría la situación de las personas mayores que viven solas, tanto como el acompañamiento (y de ser posible convivencia) de una persona contratada; cuidadores que incorporan

mediante un proceso de inculcación su *habitus* del sentido común para el cuidado doméstico, convirtiéndose en los agentes más alejados del modelo biomédico.

Entre los recursos de la cartera de servicios de la Ley de la Dependencia, el más usado es el servicio de teleasistencia domiciliaria. En nuestro trabajo es presentado como una tecnología al servicio de la persona mayor que da seguridad a las familias.

Se pone de manifiesto tal como afirma Bazo (2008), la importancia de que las políticas sociales tengan en cuenta la perspectiva de la familia, para evitar su deserción de las funciones de cuidado que todavía realiza, y dejar de presionarlas en detrimento de la responsabilidad de los gobiernos. De la misma forma se evidencia que, con independencia del nivel educativo, del sexo y de la clase social, los familiares prefieren un modelo en el que el Estado tenga el papel principal en la provisión de bienestar, sin descartar por ello su protagonismo en los cuidados (Arriba, Calzada y del Pino, 2006; Castejón Villarejo, Esparza, Catalán, y Abellán García, 2007).

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Aunque en el capítulo de Discusión aparecen hallazgos que evidencian algunas conclusiones e implicaciones del estudio, es este último capítulo voy a tratar de sintetizar aquellas que en coherencia con mis premisas justifiquen necesariamente cambios en las actitudes, las concepciones y las prácticas.

El envejecimiento de la población y los cambios en la estructura familiar de la sociedad española son y seguirán siendo un reto para los responsables de políticas sociales, para las familias y para las personas mayores.

Los mayores consultados cuestionan los beneficios del estilo residencial que ofrece la familia. De igual forma al plantear la convivencia, la familia duda de su capacidad para poder cumplir las promesas en relación al estilo de vida que tendrá la persona mayor. Ambos datos cuestionan si la soledad residencial es preferida solamente por su efecto positivo sobre la persona mayor.

La primera etapa de soledad no elegida presenta gran dificultad por desajustes entre la percepción de la familia y la persona mayor; la escasa orientación profesional en ese momento, abandona a la persona mayor a su desorientación y empuja a la familia a prácticas regidas por el sentido común y el autoaprendizaje. Los servicios sociales tienen que ser más personalizados y deben mejorar su accesibilidad evitando el retraso en la obtención de los recursos.

Los recursos obtenidos cuando los cuidados están estabilizados, la familia entrenada y dispone de un ecosistema organizado, tienen menos valor.

Del mismo modo la concesión de ayudas sociales cuando se produce debería tener en cuenta la organización de recursos humanos y materiales de que dispone la persona mayor y familia en ese momento.

La dificultad que encuentran los cuidadores jóvenes en la realización de algunos cuidados con personas mayores se relaciona con escasa formación.

Las personas mayores están preocupadas por los cambios producidos en la familia derivados de la incorporación de la mujer al mundo del trabajo; sin embargo no se manifiestan ante la escasa incorporación de los hombres a la tarea de cuidar.

Se precisa más información sobre la percepción de utilidad que los mayores y familia tienen de los recursos y productos de apoyo disponibles; más concretamente se necesita conocer donde, por quién y como prefieren ser cuidados. Aspectos que guardan relación con la importancia de conocer sus valores y creencias para adecuar las estrategias de promoción de autonomía personal y prevención de dependencia.

La investigación sugiere que la excesiva fragmentación existente en los recursos sociosanitarios dirigidos a las personas mayores disminuye su eficacia.

Este trabajo pone de manifiesto las consecuencias que sobre las actividades relacionadas con los cuidados ha tenido el hasta ahora modelo médico; evidenciándose la necesidad de que la atención sociosanitaria se libere de la influencia de este paradigma, eficaz pero insuficiente frente a algunos pacientes como los geriátricos.

Una implicación de gran calado sobre la asistencia geronto-geriátrica es la necesidad de desterrar los cuidados geriátricos como caridad y diferenciar, tanto en el hogar como en las instituciones las actividades de cuidar, dar apoyo y acompañar. Para ello se necesitan investigaciones dirigidas a entender la relación que los equipos de salud establecen con las personas mayores y sus familias.

Los resultados obtenidos recomiendan potenciar los servicios comunitarios que permitan a la persona mayor permanecer en su domicilio si lo desea y liberar a las familias de la obligación de cuidar.

Es importante identificar los productos de la vida diaria en cuya fabricación se ha tenido en cuenta que su destinatario puede ser longevo, dado que incluso los detalles pequeños son percibidos como grandes, si evitan o no, molestias y frustración.

Parece en definitiva, evidente que la sociedad debe reflexionar sobre lo que implica ser un país envejecido con el fin de ser capaces de adoptar un modelo social pensado también para una población especialmente mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A. y Puga González, M. D. (1999). Movilidad residencial y género entre las personas de edad. Una aproximación a las estrategias residenciales en Madrid. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, (34), 143-159.
- Abellán García, A., Esparza Catalán, C. y Pérez Díaz, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29, (1) 43-67.
- Adelantado, F., Segura, C., De Andrés, J., Feliu, T. y Martínez P. (2004). Los mayores de 85 años en Sabadell. *Rev. Multidisciplinar Gerontología*, 14 (5), 271-278.
- Alonso, L. E. (1994). Sujeto y Discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (compiladores). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación social* (pp. 225-240). Madrid: Síntesis.
- Alonso López, F. (2007). *Adaptación de la vivienda en la población dependiente: Necesidades, soluciones y costes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Álvarez, M. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.

Amadi I. R. (1994). *Women and widowhood practices in Imo State, Nigeria*. Geneva: World Health Organization.

Andersen-Ramberg, K., Christensen, K., Jeune, B., Skitthe, A., Vasegaard, L. & Vaupel, J. W. (1999). Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmsrk. *Age an Ageing*, (28), 373-377.

Ancizu, I. y Bazo, M. T. (2001). The caregiving dimension. En S. O. Daatland y K. Herlofson (eds.). *Ageing Intergenerational Relations, Care Systems and Quality of Life: An Introduction to the OASIS Proyect*. (pp. 41-51). Oslo: Norwegian Social Research.

Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P & Poland, B. (2005). The personal significance of home: habitus and the experience of receiving lon-term home care. *Sociology of Health & Illness*, 27 (2), 161-187.

Aranguren, J. L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: IMSERSO.

Arenas, M. (2001). Familia y sociedad: mirar y ser mirado. *Ábaco* (29-30): 95-100.

Arquiola, A. (1995). *La vejez a debate*. Madrid: CSIC.

Arriba, A., Calzada, I. y del Pino, E. (2006) *Las actitudes de los españoles hacia el Estado de Bienestar, 1985-2005*. Serie Opiniones y Actitudes. Madrid: CIS.

- Arriola, M. J. y Beloki, U. (2005). Personas que viven solas: envejecer en el propio entorno con calidad, ¿realidad o reto? *Letras de Deusto*, 35 (107), 33-66.
- Aspiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev. Española Salud Pública*; (76), 683-99.
- Astrain, V., Jusué, L., Celaya, T. y Gaminde, I. (1999). Consideraciones en torno a la atención sociosanitaria. *Rev. Anales del Sistema Sanitarios de Navarra*, 22(3). Recuperado: 14 de enero de 2008 desde: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n3/salud1.html>.
- Attias-Donfut, C. & Segalen, M. (2002). The construction of grandparenthood. *Current Sociology*, 50 (2), 281-294.
- Bachelard, G. (1973). *La filosofía del no*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Dixon, R. (1984) New perspectives on the development of intelligence in adulthood: Toward a dual process conception and model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y O.G. Brim (Eds). *Life-span development and behaviour*. (pp. 33-76). New York: Academic Press.
- Ball, M. S. & Smith, G. W. H. (1992). *Analyzing visual data*. Newbury Park: Sage.

- Barg, L. (2003). *Los vínculos familiares*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Bauman, Z. (2009). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós
- Bazo, M. T. y Domínguez-Alcón, C. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Rev. Española de Investigaciones sociológicas* (73), 45-56.
- Bazo, M. T. (2004) Envejecimiento y familia. *Arbor*, 178 (702), 323-344.
- Bazo, M. T. y Ancizu, I. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. *Rev. Española de Investigaciones Sociológicas* (105), 43-77.
- Bazo, M. T. (2005). Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. *Panorama social* (1), 48-57.
- Bazo, M. T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45 (2), 73-85.
- Beaver, M. y Miller, D. A. (1998). *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*. Barcelona: Paidós.
- Bengtson, V. L. & Roberts, E. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: an example of formal theory construction. *Journal of Marriage and Family* (53), 856-870.
- Berjano, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Rev. Multidisciplinar Gerontología* 15 (3), 144-154.

- Bestard, J. (1999). El parentesco y los límites del pensamiento moderno. En su: *Parentesco y modernidad* (pp. 17-45). Barcelona: Paidós.
- Billing, J. & Leichsenring, K. (Eds) (2005). *Integrating Health and social Care Services for Older Persons*. Aldershot: Ashgate.
- Bobbio, N. (1997). *De senectute*. Madrid: Taurus.
- Bongaarts, J. & Zimmer, Z. (2002). Living Arrangements of Older Adults in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Household Surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences by The Gerontological Society of America*, 57B, (3), 145-157.
- Bonita, R. (1998). *Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra: OMS.
- Börsch-Supan, A., Hank, K. & Jürges, H. (2005). A new comprehensive and international view on ageing: The survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *European Journal of Ageing*, 2(4), 245-253.
- Boult, C., Kane, R. L., Louis, T. A., Boult, L. & McCaffrey, D. (1994). Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *J Gerontology*, 49 (1), 28-36.
- Bourdieu, P & Passeron, J. C. (1970). *La Reproduction*. París: Minuit. Citado por Giménez, G (2002). Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. *Colección Pedagógica Universitaria* (37-38), 1-11.
- Bourdieu, P (1979). *La Distinction*. París: Les Éditions de Minuit.

Bourdieu, P. (1987a). Espacio social y poder simbólico. En su: *Cosas dichas* (pp. 127-142). Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, P. (1987b). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 2 (5), 11-17.

Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. En su: *Sociología y cultura* (pp. 135-141). México: Conaculta.

Bourdieu, P. (1991): *El sentido práctico*, Madrid: Taurus.

Bourdieu P. y Wacquant L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

Bourdieu, P. (1997a): *Capital, cultural, escuela y espacio social*. Madrid: Siglo XXI.

Bourdieu, P. (1997b). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (1999a). *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (1999b). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba,

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (2004). *Los Herederos: los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires: Siglo veintiuno

- Bourgeois, M. S., Camp, C., Rose, M., White, B., Malone, M., Carr, J. & Rovine, M. (2003). A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders* (36), 361-378.
- Bover, A. (2004). *Cuidadores Informales de Salud del Ámbito Domiciliario: Percepciones y Estrategias de Cuidado Ligadas al Género y a la Generación*. Tesis doctoral. Palma de Mallorca: Universidad de las Islas Baleares.
- Brandtstädter, J. & Lerner, R. M. (1999). Introduction: Development, action and intentionality. En su: *Action and self-development Theory and research though the life span* (pp. IX-XX). Thousand Oaks: Sage.
- Burr, J. A. & Mutchler, J. E. (2007). Residencial independence among older persons: community and individual factors. *Population Reserarch and Policy Review*, 26 (1), 85-101.
- Busse E. W. (1969). Theories of Aging En: E. W. Busse y E. Pfeiffer (Eds). *Behavior and Adaptation in Later Life* (pp. 11-32). Boston: Little Brown.
- Calderón, C. y Fernández de Sanmamed, M. J. (2008). Investigación cualitativa en atención primaria. En: A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez (Eds.) *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (6ª ed., pp. 211-240). Barcelona: Elsevier
- Cannuscio, C., Block, J. & Kawachi M. D. (2003). Social Capital and Successful Aging: The Role of Senior Housing. *Annals of Internal Medicine* (139) 5, 395-399.

- Carp, F. (1976). Housing and living environments of older people. En: R. Binstock y S. Ethel (Eds.) *Handbook of aging and the social sciences*. (pp. 244-271). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Casal, J., Masjoan, J. y Planas, J. (1988). Elementos para un análisis sociológico de la transición a la vida adulta. *Política y Sociedad* (1), 97-104.
- Casas, F., González, M., Senders, G., Aymerich, M., Domingo, A. y del Valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de la calidad de vida de la personas mayores de un municipio. *Intervención Psicosocial*, 10 (3), 355-378.
- Castel, R., Rendueles, G., Donzelot, J. y Álvarez-Uriá, F. (2006). *Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault*. Madrid: Círculo de Bellas Artes.
- Castellón Sánchez del Pino, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev. Multidisciplinar Gerontología*, 13(3), 188-192.
- Castejón Villarejo, P., Esparza, Catalán, C. y Abellán García (2007). Salud, dependencia y cuidados. En A. Abellán García, E. Del Barrio Truchado, P. Castejón Villarejo, C. Esparza Catalán, G. Fernández-Mayoral Fernández, L. Pérez Ortiz, M. D. Puga González, F. Rojo Pérez y M. Sancho Castiello. *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores* (pp. 67-82). Madrid: IMSERSO.
- Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Rev. Colombia Médica*, 34 (3), 164-167.

- Cea D'Ancona, M. Á. y Valles Martínez, M. S. (1992). *Hogares unipersonales en la vejez. Formas de vida y vivienda en la gran ciudad*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- CEAPAT-IMSERSO (2007). *Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. ISO: 9999:2007*. Madrid: AENOR.
- Cheek, J. (2000). Thinking and Researching Poststructurally. En su: *Postmodern and poststructural approaches to nursing research* (pp. 39-64). Thousand Oaks: Sage.
- Cho, C. Y., Alessi, C. A., Cho, M., Aronow, H. U., Stuck A. E., Rubenstein, L. Z. & Beck, J. C. (1998). The association between chronic illness and functional change among participants in a comprehensive geriatric assessment program. *Journal of the American Geriatric Society* (46), 667-682.
- Clark, D. O. & Maddox G. L. (1992). Racial and social correlates of age-related changes in functioning. *J. Gerontology*, 47(5), 222-32.
- Clark, W. A. V. & Dieleman, F. M. (1996). *Households and housing. Choice and Outcomes in the housing market*. Ney Jersey. USA: Rutgers.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press.
- Compán Vázquez, D. y Sánchez González D. (2005). Los ancianos al desván. El proceso de degradación biológica y social de la población mayor en el municipio de Granada. *Cuadernos Geográficos. Granada*, 36, 255-274.

Conde, F. y Marinas, J. M. (1997). *Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Conde, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev. Esp. Salud Pública*, (76), 395-408.

Conde, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: CIS.

Coole, D. (1996). Is class a difference that makes difference? *Radical Philosophy* (77), 17-25.

Corrales, D., Palomo, L., Magariño, M. J., Alonso, G., Torrico, P., Barroso, A. y Merchán, V. (2004). Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Atención Primaria*, 33(8), 426-36.

Croucher, K., Hicks, L., Bevan M. & Sanderson, D. (2008). [Traducción: J. I. Calleja Miranda]. *Evaluación de modelos de alojamiento para personas mayores al final de la vida*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Curry, L. A., Nembhard, I. M. & Bradley, E. H. (2009). Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*, 119(10), 1442-1452.

De Beauvoir, S. (1970). *La vieillesse*. Paris: Gallimard.

De Irala-Estévez, J., Martínez-González, M. A. y Seguí-Gómez, M. (2003). *Epidemiología aplicada*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.

- De la Cuesta, C. (1997). Investigación cualitativa en el campo de la salud. *Rev. ROL de Enfermería*; (232), 13-16.
- De Miguel, J. M. (1998). *Estructura y cambio social en España*. Alianza. Madrid.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.) (2005). *Handbook of qualitative research* (3ª ed). Thousand Oaks: Sage.
- De Pedro, J., Gallo, J., Zaforteza, C., Bover, A. y Galmes, A. (2001). Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en el paciente geriátrico después del alta y su evolución. *Rev. Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 20-22.
- Doncel Fernández, L. V. y Gutiérrez Barbarrusa T. (2006). *Las personas mayores y su situación de dependencia en España: Informe para la Fundación Consejo General de la Abogacía Española*. Madrid: Dykinson.
- Ducharme, F. & Corin, E. (2000). Y a t-il restructuratio des stratégies adaptatives suite au veuvage? Une étude longitudinales. *Canadian Journal on aging*, 19, (2), 160-185.
- Eguren, N. (2001). Familia y Estado: el reparto del bienestar. *Ábaco*. (29-30), 101-112.
- Escobar, M. A. (2009). *Redes sociales como factor predictivo de situaciones de discapacidad al comienzo de la vejez*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma.
- Esparza Catalán, C. y Abellán García, A. (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia*. Recuperado: 8 marzo

de 2010 desde: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticas-edad-2008-01.pdf>

European Commission. (2008). *Discrimination in the European Union: Perceptions, Experiences and Attitudes*. Eurobarometer nº 296. Recuperado: 8 de abril de 2010 desde: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_296_sum_en.pdf

EUROSTAT. (2008). *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*. Recuperado: 8 de abril de 2011 desde: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Society Science Medicine*, 41 (10), 1439-46.

Fericgla, J. M. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: HERDER.

Fernández, O. (2003). Pierre Bourdieu, ¿Agente o Actor? *Tópicos del Humanismo*, 90 (1), 1-7.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J. y García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa, Vivir con Vitalidad. *Rev. Española Geriatria y Gerontología*, 40(2), 92-102.

Fernández de Sanmamed, M. J. (1995). Introducción a la investigación cualitativa. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 2(1), 23-28.

- Ferrante, C. (2008). Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al *habitus* de la discapacidad en Argentina. *Intersticios. Rev. sociológica de pensamiento crítico*, 2, (1), 173-185.
- Figuera, P. (1995). Panorámica de la investigación sobre los procesos de inserción socio-profesional. *Rev. de Investigación Educativa*, 25 (1), 125-148.
- Finlay, L. (2002). Outing the researcher: The provenance, process, and practice of re-flexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545.
- Fischer, A. H. & Manstead, A. S. R. (2000). The relation between gender and emotions in different cultures. En: A. H. Fischer (Eds.). *Gender and emotion: Social Psychological Perspectives* (pp. 71-94). Paris: Cambridge University Press.
- Fletcher, A., Dickinson, E. J. & Philp, I. (1992). Review: audit measures: Quality of life instrument for every-day use with elderly patients. *Age Agein* (21), 142-150.
- Freixas Farré, A. (1993). *Mujer y Envejecimiento. Aspectos psicosociales*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D. & Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J. Gerontology*, 59A (3), 255-263.
- Fukukawa, U., Nakashima, C., Tsuboi, S., Naoakira, N., Ando, F., Kosugi, S. & Shimokata, H. (2004). The impact of health problems on depression and

activities in middle-aged and older adults: Age and social interactions as moderators. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59 B (1), 19-26.

García Martínez, A., Rabadán Rubio, J. A. y Sánchez, A. M. (2006). *Dependencia y vejez. Una aproximación al debate social*. Madrid: Arán.

Garzón, A. (1998). Familismo y creencias políticas. *Psicología Política* (17), 101-128.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.

Geertz C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.

Gerson, L. W., Camargo, C. A. & Wilber, S. T. (2005). Home modifications to prevent falls by older ED patients. *American Journal of Emergency Medicine* (23), 295-298.

Gil Calvo, E. (2003). *El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Random House Mondadori.

Giró Miranda, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Logroño: Universidad de la Rioja.

Giroux, H. (1988). *Schooling and the Struggle for Public Life: Critical Pedagogy in the Modern Age*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Gitlin, L. N., Dennis, M., Hauck, W., Winter, L., & Schinfeld, S. (2003). Relationship of functional difficulty levels to adaptive strategy use and

psychological well-being among frail elders. Paper presented to the *Gerontological Society of America Annual Meeting*. San Diego, CA.

Gitlin, L. N. (2006). The Impact of Housing on Quality of Life: Does the Home Environment Matter Now and into the Future. En H.W. Wahl, C. Tesch-Römer y A. Hoff (Eds.) *Emergente of New Person-Environment Dynamics in Old Age: A Multidisciplinary Exploration* (pp. 271-287). Amityville, NY: Baywood Publishing Company, Inc.

Goffman, E. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Granés, C. (2008). Pierre Bourdieu: La profecía que no se autocumple. *Letras Libres* (77), 48-52.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: N. K. Denzin, y Y. S. Lincoln (Ed). *The Sage Handbook of qualitative research* (3ª ed., pp. 191-215). Thousand Oaks: Sage.

Guralnik, J., LaCroix A. Z., Everett, D. F. & Kovar, M. G. (1989). *Aging in the eighties: the prevalence of comorbidity and its association with disability*. Hyattville: MD: National Centre for Health Statistics.

Gurung, R. A. R., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2003). Accountin for changes in social support among married older adults: Insights from the MacArthur studies of successful aging. *Psychology an Aging*, 18(3), 487-496.

Gutiérrez, A. (2002). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Madrid: Tierradenadie.

Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S. & Dahlin, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14 (1), 16-24.

Harding, S. (1998). *Is Science Multicultural? Postcolonialism, feminisms, and epistemologies*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.

Heumann, L. F. y Boldy, D. P. (1995). *Envejecer dignamente en la comunidad*. Barcelona: SG editores y fundación Caja Madrid.

Hurst, R. (2000). To revise or not revise. *Disability and society*, 15 (7), 1083-7.

Iglesias de Ussel, J. (1996). Cambios recientes de la familia española. *Sociedad y Utopía. Rev. de Ciencias Sociales* (7) 33-47.

Iglesias de Ussel, J. (Dir.) (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: IMSERSO.

Iglesias-Souto, P. M., Taboada Ares, E. M., Dosil Maceira, A. y Cuba López, J. F. (2008). Conocimiento y expectativas de las personas mayores sobre los servicios sociales dirigidos a este colectivo en la Comunidad Autónoma de Galicia. *Rev. Española de Geriátría y Gerontología* (43), 353-361.

IMSERSO (2003). *25 años: el IMSERSO y las políticas sociales*. Madrid: IMSERSO.

IMSERO (2006). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*. Encuesta 2006. Recuperado: 8 marzo de 2011 desde: <http://www.imserosmayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>.

IMSERO (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008. Tomo II*. Recuperado: 8 marzo de 2011, desde: <http://www.seg-social.es/imsero>.

IMSERO (2010). *Encuesta sobre personas mayores*. Madrid: IMSERO

INE (2001). *Censo de Población y viviendas*. Recuperado: 8 marzo de 2009 desde: <http://www.ine.es/censo2001/index.html>.

INE (2009). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

INE (2010). *Mujeres y hombres en España*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

INE (2011). *Padrón Municipal de habitantes 2011*. Recuperado: 8 marzo de 2011 desde: <http://www.ine.es>.

Iñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 496-502.

Iñiguez, L. (2006). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Nueva edición revisada y ampliada. Barcelona: UOC.

Ivery, J. M., Akstein-Kahan, D. & Murphy, K. C. (2010). NORC Supportive Services Model Implementation and Community Capacity. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 21-42.

Jenkins, R. (1992). *Pierre Bourdieu*. Londres: Routledge.

Kaufman M. (1994). Men, Feminism, and Men's Contradictory Experiences of Power. En: H. Brod y M. Kaufman (Eds). *Theorizing Masculinities*. (pp. 142-165). Thousand Oaks: Sage.

Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2000). Social cohesion, social capital and health. En: L. F. Berkman, y I. Kawachi (Eds.). *Social epidemiology* (pp. 174-190). Oxford: Oxford University Press.

Kincheloe, J. & McLaren, P. (2000). Rethinking critical theory and qualitative research En: N. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds). *The landscape of Qualitative Research. Theories and Issues. The handbook of qualitative research* (pp. 279-314). Thousand Oaks: Sage.

Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage.

Laínez, M. T. (2002). *Envejecimiento, familia y vivienda: estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en Navarra*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense.

Lane, J. F. (2000). *Pierre Bourdieu. A critical introduction*. Londres: Pluto.

Lansley, P., McCready, C. & Tinker, A. (2004). Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age and Ageing*, 33, (6), 571-576.

Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-86.

Lázaro Ruiz, V. y Gil López, A. (2005). La calidad de las viviendas de los ancianos y sus preferencias ante la institucionalización. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 21-40.

Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad*. (3ª ed.) Buenos Aires: Nueva Visión.

Lin, N. & Ensel, W. M. (1989). The stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, (54), 382-399.

López Doblas, J. L. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO.

López Vicente, M. A., Andreu Muñoz, I., Ramiro Pollo, P., Poveda Puente, R., Barberà i Guillem, R., Cort Bordería, J. R., Sánchez Lacuesta, J. J. y Prat Pastor, J. M. (2003). *¿Cómo obtener productos de alta usabilidad? Guía práctica para fabricantes de productos de la vida diaria y ayudas técnicas*. Valencia: Instituto de Biomecánica.

- Mace, R. (1990). *Accessible, Adaptable and Universal Design*, Fact Sheet Nº 6. North Carolina: Center for Universal Design. North Carolina State University.
- Maddox, G. L. (1999). Los viejos-jóvenes y la sociedad donde la edad es irrelevante. En: B. L. Neugarten. *Los significados de la edad* (pp. 39-74). Barcelona: Herder.
- Maravall, H. (1997). La atención a la dependencia: el gran reto de la política social hacia las personas mayores de los próximos años. *Intervención Psicosocial*, 6(1), 9-19.
- March, J. C., Prieto, A. M., Hernán, M. y Solas, O. (2002). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. En: F. J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* (pp. 461-479). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Marin, B. & Zaidi, A. (2007) Trends and Priorities of Ageing Policies in the UN-European Region. En su: *Mainstreaming Ageing. Indicators to Monitor Sustainable Policies* (pp. 61-110). Vienna: Facultas Verlags-und Buchhandels AG.
- Marina, J. A. (2005). *La inteligencia fracasada*. Barcelona: Anagrama.
- Martín, C. (1996). Lien familial et intégration. En: F. de Singly, C. Martin, I. Bertaux-Wiame, M. Maruani & J. Commaille (Dir.), *La famille en question. Etat de la recherche* (pp. 91-96). París: Syros.

- Martínez-Villarreal, D., Rodríguez-Ruiz, A. M., Ramírez-Llarás, A., García-Uso, A., Fabregat-Casamitjana, M. A. y Fusté-Vendrell, A. (2007). Necesidades percibidas por mujeres mayores que viven solas y reciben atención domiciliaria: investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 17(3), 134-41.
- Mason, J. (1996). *Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Medina, J. A. y Cembranos, F. (1996). *La Soledad*. Madrid: Aguilar.
- Mercado, F. J. (2000). Reflexiones sobre el análisis cualitativo de los datos. El caso de los servicios de salud. En F. J. Mercado Martínez y T. M. Torres López. (comp). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. (pp. 109-135). México: Universidad de Guadalajara.
- Mercado, F. J., Gastaldo, D. y Calderón, C. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Merleau-Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península.
- Mendes De Leon, C., Glass, T. & Berkman, L. (2003). Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 157 (7), 633-642.
- Miles, M. B. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.

Millán Calenti, J. C., Díaz, F., Villanueva, M. A., Balo, A., López, A. y Pedreira, A. I. (2006). Telegerontología: Un nuevo recurso de apoyo gerontológico a domicilio. *Polytechnical Studies Review*, III (5/6), 57-71.

Minicuci, N., Noale, M., Pluijm, S. M. F., Zunzunegui, M. V., Blumstein, T., Deeg, D. J. H., Bardage, C. & Jylhä M. (2004). Disability-free Life Expectancy: a Cross-national. Comparison of Six Longitudinal Study on Aging. The CLESA Project. *European Journal of Aging*, (1), 37-44.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004): *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Minois, G. (1987). *Historia social de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid: Nerea.

Miquel Novajra, A. (2003). Riesgo, Enfermedad y Salud Laboral desde la perspectiva de la antropología. En: *Democracia, Desigualdad y Salud*. Cárcoba, A. (Comp). Palma de Mallorca: La Lucerna.

Miquel Novajra, A. (2004). *El campo en la cabeza. Pervivencia del agrarismo en la construcción de la identidad*. Madrid: Catarata.

Miró, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Tesis doctoral. Palma de Mallorca. Universidad de las Islas Baleares.

Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

- Monreal Bosch, P., del Valle Gómez, A. y Serda Ferrer, B. (2009). Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. *Intervención Psicosocial*, 18, (3), 269-277.
- Montero, M. (2002). Sobre la noción de paradigma. En: F. J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* (pp. 233-249). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Monteverdi, M. (2004). *Discapacidades de las Personas Mayores en España: Prevalencia, Duraciones e Impacto sobre los Costes de Cuidados de Larga Duración*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Montorio Cerrato, I. y Losada Baltar, A. (2004) *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional*. Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 12. Recuperado: 14 de enero de 2008 desde: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/montorio-vision-01.pdf>.
- Moreira, H. y Lillo, J. (2004). *Diseño ergonómico y envejecimiento*. Recuperado: 14 de enero de 2008 desde: http://www.tid.es/documentos/boletin/numero26_1.pdf.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, (22), 129-152.
- Murillo, S. (2000). La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. *Política y Sociedad*, (35), 73-80.
- Navarro, V. (2006). *El subdesarrollo social de España: causas y consecuencias*. Barcelona, Anagrama.

Navarro, V. (2007). El Estado de bienestar en España y sus déficits sociales. En su: La situación social en España II (pp. 25-34). Madrid: Biblioteca Nueva.

Neugarten, B. L. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist*, (15), 4-9.

Newman, S. J. (2003). The living conditions of Elderly Americans. *The Gerontologist*, (43), 99-109.

Oliveira, R. y Villaverde C. (2001). Una nueva aproximación conceptual para la Incapacidad. *Rev. Multidisciplinar Gerontología*, 11(2), 72-77.

OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO.

OMS (2002). Envejecimiento Activo: un Marco Político. *Rev. Española Geriatria Gerontología*; 37 (S2), 74-105.

OMS (2008). Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía. Ginebra: OMS.

OMS (2009). Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda de mañana. Ginebra: OMS.

ONU (2004). Life tables obtained from World Population Prospects: The 2002 Revision. New York: United Nations Population Division.

ONU (2007). Briefing paper. Major Developments and Trends in Population Ageing. New York: United Nations.

- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, A., Aguilar, M. D., y Lázaro P. (2004). Volumen y tendencias de la Dependencia asociada al envejecimiento en la población Española. *Rev. Española Salud Pública*, (78), 201-213.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Rodríguez-Laso, A. y García de Yébenes, M. J. (2006). *Relaciones Sociales y envejecimiento saludable*. Documento de Trabajo nº 9. Madrid: Fundación BBVA.
- Palacios Ramos, E. y Abellán García, A. (2003). *Diferentes estimaciones de la discapacidad y dependencia en España*. Informe Portal Mayores, nº 56. Recuperado: 10 de septiembre de 2010 desde: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-estimaciones-10.pdf>.
- Parker, I. (1992). *Discourse analysis. Critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, (2ª ed.) California, USA: Sage.
- Pearling, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, (30), 241-256.
- Pengelly, S. (2006). The social model and clinical reasoning. En: S. Clutton, J. Grisbrooke y S. Pengelly. *Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations* (pp. 43-67). London: Whurr Publishers.
- Perdomo-Rubio, A. y Martínez- Silva, P. (2010). Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. *Gerencia y Políticas de Salud. Bogotá (Colombia)*, 9 (19), 15-178.

Pérez Díaz, J. (2003). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Rev. Española de Investigaciones Sociológicas*, (104), 91-121.

Pérez Díaz, J. (2006). *Demografía y envejecimiento*. Informe Portal Mayores nº 51. Recuperado: 10 de septiembre de 2010 desde: <http://www.imserso mayores.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01.pdf>.

Pérez Ortiz, L. (2004). *Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid: IMSERSO.Instituto de la mujer.

Pérez Salanova, M. y Yanguas, J. J. (1998). Dependencia, personas mayores y familia. De los enunciado a las intervenciones. *Anales de psicología*, 14 (1), 95-104.

Pérez Salanova, M. (2003). *Activando el envejecimiento activo*. Madrid, IMSERSO. Recuperado: 10 de mayo de 2010 desde: <http://www.imserso mayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-18.pdf>.

Peters, A., & Liefbroer, A. C. (1997). Beyond marital status: partner history and well-being in old age. *Journal of Marriage and the Family*, (59), 687-699.

Pilcher, J. (1998). *Women of Their Time: Generation, Gender Issues and Feminism*. Aldershot: Ashgate.

Pinazo, S. (2005). Las abuelas y los abuelos de la familia: el caso de las abuelas/os itinerantes. *Rev. Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (3), 178-187.

Pinazo, S. (2006). Relaciones sociales. En: C. Triadó y F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez* (pp. 253-285). Madrid: Alianza Editorial.

- Pinto, M. R., De Medici, S., Van Sant, C., Bianchi, A., Zlotnicki, A. & Napoli, C. (2000). Ergonomics, gerontechnology and design for the home-environment. *Applied Ergonomics*, (31), 317-322.
- Plouffe L. & Kalache A. (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Urban Health*, 87 (5), 733-9.
- Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320 (7227), 114-116.
- Poveda, R., López, M. A., Barberà, R. y Andreu, I. (2003). *Datus: Cómo obtener productos con alta usabilidad: Guía técnica para fabricantes de productos de la vida diaria y ayudas técnicas*. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia.
- Poveda, R., Belda, J., Barberà, R., Cort, J. M., Prat, J. M., Matey, F., Soler C. y Dejoz R. (2005). Facilitación de la vida cotidiana mediante diseño y la selección adecuada de tecnologías de apoyo para personas mayores. *Rev. Multidisciplinar Gerontología*, 15 (3), 155-164.
- Poveda, R., Barberà, R., Prat, J. y Vera, P. (Comp.) (2009). *Hábitos de compra y consumo de las personas mayores*. Madrid: Edad & Vida.
- Prieto Sancho, D., Etxeberria Arritxabal, I., Galdona Erquizia, N., Urdaneta Artola, E. y Yanguas Lezaun, J. (2009). *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento*. San Sebastián: Fundación INGEMA (Instituto Gerontológico Matia).

- Puga, M. D. y Abellan, A. (2002). La predicción de una vejez dependiente. *Rev. Fuentes Estadísticas*, (68), 20-22.
- Puga González, M. D. (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Puga, M. D. y Abellán, A. (2004). *El proceso de discapacidad: un análisis de la encuesta sobre discapacidades. Deficiencias y estado de salud*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Puga M. D. (2005). La dependencia de las personas con discapacidad: Entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Rev. Esp Salud Pública*, 79 (3), 327-30.
- Puga, M. D., Abellán, A. y Sancho, M. T. (2006). Mayores y familia en la sociedad actual. En: *Informe España 2006. Una interpretación de su realidad social* (pp. 261-338). Madrid: Fundación Encuentro.
- Puyol Antolín, R. y Abellán García, A. (Comp.) (2006). *Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Asístanse.
- Powell, J, P., & Gilbert, T. (Eds.) (2009). *Aging Identity: A dialogue with postmodernism*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Querejeta, M. (2003). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Recuperado: 14 de enero de 2008 desde: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/discapacidad-dependencia.pdf>.

- Rabuña, I. R., Monte, R., Veiga, M. D., Rigueiro, M. T., López, M. J., Casariego, E. J. y Guerrero, J. (2004). Estado de salud de los muy ancianos: situación clínica y funcional de la población centenaria. *Anales Medicina Interna*, 21 (11), 543-547.
- Ratcliffe, J. W. y González del Valle, A. (2000). El rigor en la investigación de la salud: hacia un desarrollo conceptual. En C. A. Denman y J. A. Haro. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. (pp. 57-111). México: El Colegio de Sonora.
- Recio, F. (1994). Análisis del discurso y teoría psicoanalítica. En: M. Delgado y J. Gutiérrez (Comp.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación social* (pp. 482-491). Madrid: Síntesis.
- Regido, E. (2001). La clasificación de clase social de goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la sociedad española de epidemiología. *Rev. Esp Salud Pública*, 75 (1), 13-22.
- Reitzes, D. C., Mutran, E. J. & Verrill, L. A. (1995). Activities and self-esteem. *Research on aging*, 17 (3), 260-277.
- Richards, F., Walker G. & Jarvis, L. (2006). *Time to Move? A Literature Review of Housing for Older People*. Edinburgh: Scottish Executive Social Research.
- Rico, M. A. (2003). La Medición de la capacidad funcional en el mayor desde la perspectiva de los apoyos necesarios. *Geriátrika*, 19 (9-10), 297-303.

Riley, N. W. (1988). Forward. En: K. W. Schaine & R. T. Campbell. (Eds.) *Methodological issues in aging research*. New York: Springer.

Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environment Psychology*, (25), 231-243.

Robles, L. (2000). La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a partir de experiencias personales. En: F. Mercado, D. Gastaldo, C. Calderón. *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica* (pp. 311-326). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.

Robles, M .J., Miralles, R., Llorach, I. y Cervera, A. M. (2006). *Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana*. En: Tratado de Geriatría. Recuperado: 14 de enero de 2008 desde: <http://librosdeciencias.blogspot.com/2009/01/tratado-de-geriatria-para-residentes.html>.

Rockwood, K., Hogan, D. B. & MacKnight C. (2000). Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs Aging*, (17), 295-302.

Rodríguez Cabrero, G. (2005). La protección social de las personas dependientes como desarrollo del Estado de Bienestar en España. *Panorama Social*, 2, 21-33.

Rodríguez Díaz, S. y Ferreira, M. A. V. (2010). Desde la *Dis*-Capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de Dis-Normalización. *Rev. Internacional de Sociología*, 68 (2), 289-309.

- Rodríguez, P. (2006). Las mujeres mayores y las oportunidades de la edad. En: A. Calvo Salvador, M. García Lastra y T. Susinos. (Coord.). *Mujeres en la periferia: algunos debates sobre género y exclusión social* (pp. 191-210). Barcelona: Icaria.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1998). El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación Social* (112), 33-63.
- Rodríguez Rodríguez, V. (2011). *Futurage. Prioridades de la investigación sobre Envejecimiento en Europa. Resultado de la consulta en España*. Madrid: Informe Portal Mayores, nº 107.
- Rojo Pérez, F., Fernández Mayoraes, G. y Pozo E. (2002). *Envejecer en casa. La satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: CSIC.
- Rojo Pérez, F., Fernández-Mayoral, G., Rodríguez Prieto, V. y Rojo Abuín, J. (2007). Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una Clasificación municipal. *Boletín Asociación Geógrafos Españoles* (43), 51-72.
- Rosenmayr, L. & Koekeis, E. (1963). Marriage, familia and friendships. En: J. B. Williamson (Ed). *Aging and society: An introduction to social gerontology* (pp. 95-119). New York: Rinehart & Winston.
- Rowe, J. W. & Khan, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, (37), 433-440.
- Ruiz-Jiménez, D., Colás-Taugís, M. I., Padín-Minaya, C., Morell, R., López Pisa R. M. y Hernández Faba, E. (2006). Envejecer: aspectos positivos, capacidad

funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enfermería Clínica*, 16(1), 27-34.

Salgado-de Snyder, V. N. y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Rev. salud pública de México* 49, (supl 4), 515-521.

Sánchez Beiza, L. y Sánchez del Corral, F. (2000). Nuestros ancianos se vuelven itinerantes. *Atención Primaria*, (25), 331-332.

Sánchez-Herrero, S. A., Sánchez Almagro, M. L., y Veguilla, M. (1994). Utilización del etiquetado de productos de consumo en la tercera edad. *Estudios sobre Consumo*, (29), 27-37.

Sánchez Vera, P. (2000). Sociología de la vejez versus economía de la vejez. *Rev. de Sociología, Papers*, (61), 39-88.

Sánchez Vera, P. y Bote Díaz, M. (2009). Familismo y cambio social. El caso de España. *Rev. Sociologías, Porto Alegre*, (21), 121-149.

Sancho Castiello, M. T., Yanguas Lezaun, J. J., Díaz Veiga, P., Rodríguez Rodríguez, P., Pérez Salanova, M., Serrano Garijo P., Bermejo García L., Mesa Lampre, P., Gómez Pavón, J., Ruipérez Cantera, I. y Gutiérrez, B. (2006). Saber envejecer, prevenir la dependencia. Un modelo para el diseño de materiales didácticos. *Rev. Esp Geriatr Gerontol.*, 41(Supl. 2), 2-16.

Sancho Castiello, M. T., Whelan, P., Pezuela Pinto, M. y Fernández Moreno, M. (2007). *Social Services for Older People in Spain*. Recuperado: 5 de mayo de 2010 desde: <http://www.imsero mayores.csic.es/documentos/documentos/pm-socialservices-01.pdf>.

- Santamarina, C. (2002). Nuevas mujeres en nuevas realidades socioculturales. En: V. Maqueira. *Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo*. (pp. 229-249). Madrid: IMSERSO.
- Sanz, J. (2000). El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Medicina Clínica*, 114(6), 222-226.
- Sauvy A., Bergues, H. y Riquet, M. (Eds) (1972). *Historia del control de nacimientos*. Barcelona: Península.
- Senders, G., González, M., Casas, F., Aymerich Andreu, M., Domingo, A. y del Valle, A. (2001). Intervención psicosocial: *Rev. Igualdad y calidad de vida*, 10, (3), 355-378.
- Shahar, D. R., Schultz, R., Shahar, A. & Wing, R. R. (2001). The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behaviour in the elderly population. *Journal of Aging and Health*, 13, (2), 186-199.
- Shieman, S. & Campbell, J. (2001). Age variations in personal agency and self-esteem: The context of physical disability. *Journal of Aging and Health*, 13, (2), 155-185.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2000). Recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología al Defensor del Pueblo en relación con la atención sociosanitaria a las personas mayores en España. *Rev. Geriatr Gerontol*, 35, (2), 108 -114.
- Soldevilla Ágreda, J. J. (2009). La enfermería de la vejez, ayer, hoy y mañana. *Enfermería Gerontológica*, (13), 5-19.

Stoehrel, V. (2000). *Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en las sociedades occidentales desarrolladas. Espéculo. Rev. Estudios literarios*. Recuperado: 10 de septiembre de 2010 desde: [http://www.ucm.es/info/especulo/numero16 /v_stoehr.html](http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v_stoehr.html).

Suominen-Taipale, A. L., Koskinen, S., Martelin, T., Holmen, J. & Johnsen, R. (2004). Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *European Journal of Public Health*, (14), 375-380.

Terris, M. (1987). Epidemiología y liderazgo en salud pública. XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESPP). México. En: OPS/OMS. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington* (88), 52-8.

Thierry, X. (1999). Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix première annés de veuvege. *Population*, 54, (2), 177-204.

Tinker, A. (2000). Housing design, social services, transportation and development. Paper presented in *Conference on ageing, housing and urban development OCDE-Norway*.

Tomas, C., Zunzunegui, M. V., Moreno, L. A., y Germán C. (2003). Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Rev. Esp Geriatr Gerontol*, 38(6), 327-333.

Tong, R. & College, D. (1998). The Ethics of Care: A Femenist Virtue Ethics of Care for Healthcare Practitioners. *Journal of Medecine and Philosophy*, 23, (2), 131-152.

- Valladares, S. (1995). Mitos de la vejez. Una aproximación antropológica. *Rev. Infancia y sociedad*, (29), 79-100.
- Valles, M. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos metodológicos nº 32. Madrid: CIS.
- Vázquez-Sánchez, M. Á., Gastelu-Cantero, M. C. y Casals-Sánchez J. L. (2008). Valoración de las necesidades de los ancianos que viven solos en una zona básica de salud. *Enfermería Clínica*, 18 (2), 59-63.
- Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38, (1), 1-14.
- Verbrugge, L. M., Rennert, C., & Madans, J. H. (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of Public Health*, (97), 384-392.
- Villar, F., Triado, C., y Osuna M. J. (2003). Rutinas cotidianas en la vejez: patrones de actividad e influencia del sexo y la edad. *Rev. Multidisciplinar de Gerontología*, 13(1), 29-36.
- Wahl, H. W. & Gitlin, L. N. (2003). Future developments in living environments for older people in the U.S. and Germany: potential and constraints. En : K. W. Schaie, H. W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Eds.) *Aging in the Community: living arrangements and mobility* (pp. 281-301). New York: Springer Publications.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, (2), 2-12.

Wessels, R., Dijks, B., Soede, M., Gelderblom, G. J. & De Witte, L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. *Technology and Disability*, (15), 231-238.

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization, World Health Organization*. Ginebra, 22 de julio. Recuperado: 14 de enero de 2008 desde: http://www.who.int/rarebooks/official_records/constitution.pdf.

Wilson, G. (1996). Yo soy los ojos y ella los brazos: cambios en los roles de género en la vejez avanzada. En: S. Arbes y J. Ginn. *Relación entre género y envejecimiento: Enfoque sociológico* (pp. 141-162). Madrid: Nancea.

Willis, S. L., Jay, G. M., Diehl, M. & Marsiske, M. (1992). Longitudinal change and prediction of everyday task competence in the elderly. *Research on aging*, 14 (1), 68-91.

Zoucha R. (1999). La utilización de métodos cualitativos en enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 3, (6), 80-85.

Zunzunegui, M. V., Rodriguez-Laso, A., Otero, S. M. F., Pluijm, S., Nikula, T., Blumstein, M., Jylha, N. & Minicuci, D. J. H. (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Ageing* 2, (1), 40-47.

ANEXOS

ANEXO 1

DOCUMENTACIÓN DE LA FASE DE ENTRADA EN EL CAMPO

RESOLUCIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. CONVOCATORIA 2009



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN

12/12/09 16:00
USC
Instituto
de Salud
Carlos III



Universitat de les
Illes Balears
Serveis centrals

Núm. 14893

Data 15.05.2009

Entrada

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

RECTORA
UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS
BALEARES
CTRA. DE VALLDEMOSSA, 7.5
07122 - PALMA DE MALLORCA

De acuerdo con lo establecido en el apartado 9 de la Resolución de 20 de marzo de 2009, conjunta de la Secretaría de Estado de Investigación y del Instituto de Salud Carlos III, por la que se publica la convocatoria correspondiente al año 2009 de concesión de ayudas de la Acción Estratégica en Salud, en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011, como órgano instructor le notifico la:

"RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III POR LA QUE SE APRUEBA LA RELACIÓN DEFINITIVA DE RESULTADOS DEL SUBPROGRAMA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SERVICIOS DE SALUD, CORRESPONDIENTE A LA CONVOCATORIA 2009".

En consecuencia le comunico la relación de resultados de los **proyectos de ese centro**. En el caso de los proyectos **denegados** se acompaña su motivación y en el caso de los **financiados**, se incluyen sus condiciones económicas y composición del equipo investigador.

El plazo de ejecución de los proyectos y de presentación de memorias anuales y finales para su justificación se encuentra recogido en la resolución.

La cumplimentación de las memorias, científicas y económicas, se realizará a través de la aplicación <http://gestiona.fis.isciii.es> (en caso de no disponer de contraseña de acceso a la misma deberá solicitarla por mail a la dirección gestiona.fis@isciii.es).

Estas ayudas, salvo en el caso de las CC.AA. de Aragón, Baleares, Cantabria, La Rioja y Navarra, **están cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional**, por lo que en su ejecución se deberá cumplir con la normativa comunitaria en materia sobre elegibilidad de las operaciones, contratación pública, protección y mejora del medio ambiente, igualdad de oportunidades, publicidad y difusión, y cualquier otra que sea de aplicación.

Madrid, a 4 de diciembre de 2009
EL SUBDIRECTOR GENERAL DE
EVALUACIÓN Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Joaquín Arenas Barbero

Avda. Monforte de Lemos núm. 5
28029 Madrid

Teléfono: 918222524-2532
Fax: 918222522



Unión Europea
Fondo Europeo de
Desarrollo Regional

"Una manera de hacer Europa"

CENTRO SOLICITANTE/PERCEPTOR : UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

EXPT	INVESTIGADOR	CENTRO REALIZACION	POBLACION	TITULO DEL PROYECTO		
P109/90248	GALLO ESTRADA, JULIA	UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES	PALMA DE MALLORCA	FACTORES QUE MODIFICAN LA DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLOS		
Presupuesto:		Personal	0	Segundo año	Tercer año	Totales
		Bienes y serv:	9.500	8.000	0	17.500
		Viajes:	0	2.000	0	2.000
		Subtotal:	9.500	10.000	0	19.500
		21%	1.995	2.100	0	4.095
		Totales:	11.495	12.100	0	23.595
P109/90512	PEDRO GOMEZ, JOAN ERNEST DE	ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA MALLORCA	PALMA DE MALLORCA	FACTORES QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERAS DE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA DE BALEARES. PROPUESTA DE ELEMENTOS DE FACILITACIÓN A PARTIR DEL MODELO FARIHS		
Presupuesto:		Personal	0	Segundo año	Tercer año	Totales
		Bienes y serv:	15.000	11.000	0	26.000
		Viajes:	0	2.000	0	2.000
		Subtotal:	15.000	13.000	0	28.000
		21%	3.150	2.730	0	5.880
		Totales:	18.150	15.730	0	33.880



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Instituto
de Salud
Carlos III

Investigador Ppal.: GALLO ESTRADA, JULIA
Centro realización: UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES
Centro solicitante: UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Expte: PI09/90248

Título del proyecto:

FACTORES QUE MODIFICAN LA
DEPENDENCIA EN PERSONAS
MAYORES QUE VIVEN SOLOS

Duración (años): 2

ANUALIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
Personal	0	0	0	
Bienes y Servicios	9.500	8.000	0	
Viajes y Dietas	0	2.000	0	
Subtotal	9.500	10.000	0	19.500,00
21 % gastos generales	1.995,00	2.100,00	0,00	4.095,00
TOTAL	11.495,00	12.100,00	0,00	23.595,00

EQUIPO INVESTIGADOR

CATEGORIA

ADROVER BARCELO, ROSA MARIA	CO
BOVER BOVER, ANDREU	CO
GALLO ESTRADA, JULIA	IP
MOLINA MULA JESÚS	CO
SALES GIRONA DOLORES	CO
TALTAVULL APARICIO, JOANA MARIA	CO

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTO TITULADO: FACTORES QUE MODIFICAN LA DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN SOLOS¹

Código del Estudio: PI09/90248

Yo (nombre y apellidos)

.....

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- ☐ He recibido suficiente información sobre el estudio.
- ☐ He hablado con _____(Investigador/a).
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera.
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
- ☐ Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.
- ☐ Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.
- ☐ Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del/la participante

Firma del/la investigador

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el participante.

1. La información del consentimiento informado está disponible también en catalán, así como con tamaño de letra más grande.

ANEXO 3

INFORMACIÓN PARA ENTREVISTADOS Y PARTICIPANTES EN GD

HOJA DE INFORMACIÓN¹

TÍTULO DEL ESTUDIO: Factores que modifican la dependencia en Personas Mayores que viven solos

CÓDIGO DEL ESTUDIO: PI09/90248

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Julia Gallo Estrada. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. 971172520

CENTRO: Universitat de les Illes Balears

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de les Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Los factores sociales que inciden en la permanencia en el domicilio para satisfacer las necesidades de las personas mayores son poco conocidos, por la escasez de estudios y lo novedoso del envejecimiento de la población. Como cambio demográfico en un contexto social con transformaciones profundas necesita de nuevas perspectivas y formas de estudio.

1. La información del consentimiento informado está disponible también en catalán, así como con tamaño de letra más grande.

El entorno que le rodea y la relación con el mismo, es un determinante de incapacidad funcional y modifica el nivel de dependencia, es decir, la mayoría de las personas mayores padecen alteraciones funcionales debidas al diseño de las características del entorno.

Los objetivos de este estudio serán explorar como la red social, familia y otros, es entendida por hombres y mujeres mayores de 75 años que viven solos y su familia como un recurso modulador de la permanencia en el domicilio.

Para el desarrollo de este objetivo se utilizaran dos técnicas de recogida de información. Si usted tiene 75 años o más se le realizará una entrevista que tiene como finalidad explorar los factores y las estrategias de adaptación en el domicilio. Tendrá una duración aproximada de 45 minutos (durante la entrevista se utilizará una grabadora para la posterior extracción de los contenidos de la misma). Si usted es familiar de una persona mayor de 75 años que vive sola se le reunirá con otros familiares para llegar a un consenso respecto a la percepción de la familia de la capacidad del mayor de permanecer en su domicilio, con una duración aproximada de 1 horas y 30 minutos (durante la discusión en grupo se utilizará una grabadora para la posterior extracción de los contenidos). En este estudio participarán 16 personas mayores de 75 años y 36 familiares de personas mayores de 75 años.

El primer contacto con usted será hecho por teléfono o personalmente, cuando manifieste su interés en participar. Si acepta formar parte del estudio se le llamará o visitará de nuevo para marcar la fecha de la entrevista o grupo de discusión. Antes de la entrevista recibirá información por escrito sobre el estudio, una copia del consentimiento informado en su lengua de preferencia (español o catalán) y firmará la copia del mismo que se quedará la profesora Julia Gallo (Investigadora Principal del estudio). El estudio ha sido aprobado por la Comisión de Investigación y Comité de Ética de la Universitat de les Illes Balears y el Comité de Ética de Investigación Clínica de las Illes Balears. Este estudio está financiado por una beca de investigación del Instituto Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Este estudio proporcionará información de gran valor social sobre la situación de las personas mayores y sus estrategias en el domicilio. Por lo que servirá para que desde las instituciones públicas y privadas se generen nuevas formas de actuación. Los beneficios del estudio no les repercutirán directamente, inicialmente, pero proporcionará información para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y las familias. Su participación en este estudio no le supondrá ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal utilizados durante la realización de este estudio se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su entrevistadora.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es Julia Gallo Estrada, que será registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo la investigadora del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido a la investigadora del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto y le serán compensados los gastos extraordinarios (p. ej. traslados, comidas)

El investigador principal y colaboradores no recibirán compensación económica por su participación en el estudio y no existe ningún conflicto de interés.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada por la investigadora principal.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

ANEXO 4

GUIÓN ENTREVISTAS PARA LAS PERSONAS MAYORES

- 1. Explique las razones y circunstancias de vivir solo.** ¿Ha sido decisión propia? ¿Cuánto tiempo hace? ¿Pensó en otras alternativas? ¿Con quien comentó la decisión?
- 2. Comente desde que vive solo, las situaciones que le han resultado difíciles y cómo las resuelve.** Conocimientos, habilidades, actitudes; estrategias que conoce y utiliza para adaptarse a los cambios de esta etapa.
- 3. Describa las actividades que realiza a diario dentro y fuera de su domicilio.** Higiene personal; mantenimiento del hogar (limpiar la casa, lavar y planchar la ropa, cocinar); toma de medicación; comprar, utilización de teléfono, transporte o dinero; gestión de papeles.
- 4. Comente los aspectos que cree que serían distintos si viviese acompañado.** Momentos en los que preferiría tener compañía. Actividades, que hace nuevas o ha dejado de hacer desde que vive solo.
- 5. Explique su opinión sobre las ayudas y recursos que ha solicitado y que dispone.** De las ayudas que hay para las personas mayores, ¿cuáles tiene o está pendiente de su concesión? ¿Qué opina de ellas?
- 6. ¿Qué considera usted que se necesita para continuar viviendo solo?** Las personas mayores en general, ¿en qué casos cree que pueden vivir solas? En su caso, ¿hasta cuándo cree que puede continuar viviendo solo?
- 7. ¿Cuál es su relación con familia, amigos o vecinos?** ¿qué papel, considera que juegan para que usted continúe viviendo solo?
- 8. ¿Qué actividades hace para cuidarse?** ¿Considera que es necesario cuidarse para envejecer bien? De las actividades que usted realiza ¿cuáles cree que se relacionan con envejecimiento saludable?
- 9. Relación con su centro de salud, Ilar, centro de día u otro.** ¿Cuál es su opinión sobre el acceso a los centros (distancia, barreras, seguridad) y el trato que recibe en ellos? ¿Qué profesional es con el que tiene más relación y cuál es el motivo?
- 10. ¿Cree que ser hombre o mujer cambia el impacto de vivir solo?** ¿Usted cree que los hombres y las mujeres de su edad, están igual de preparados para vivir solos?

- 11. ¿Qué cree que opina su familia de que usted viva solo? ¿Qué aspectos de su soledad residencial, usted considera que preocupan a su familia? ¿Cuál es su opinión sobre la actitud de su familia desde que vive solo?**
- 12. Por último. Puede añadir algún comentario o sugerencia en relación a los mayores que viven solos.**

ANEXO 5

GUIÓN DE TEMAS PARA LOS GD FAMILIARES

PRESENTACIÓN¹

1. **¿Desde cuando vive solo su familiar?** Motivo y circunstancias con los que coincidió; cuándo y cómo tomó la decisión; cómo creen que ha sido la adaptación.
2. **Cuál es su opinión en relación a que esté viviendo solo.** ¿En qué aspectos ha cambiado su vida desde que su familiar vive solo? Preocupaciones y cambios de rutinas cotidianas.
3. **¿Qué situaciones han resultado difíciles y de qué forma las resuelven?** Conocimientos, habilidades, actitudes. Opinión sobre las estrategias que utilizan para vivir solos en esta etapa.
4. **Hablemos de las actividades cotidianas en las que usted ayuda a la persona mayor y la repercusión que tienen en su vida.** ¿En la realización de qué actividades creen ustedes que necesitan ayuda? ¿Por qué? ¿En qué casos es usted la persona que ayuda? ¿Qué repercusión tiene en su vida?
5. **Comente su opinión sobre las ayudas y recursos de que disponen.** De las ayudas existentes para las personas mayores, ¿cuáles tienen o están pendiente de su concesión? ¿Qué opinan de ellas? ¿Cuáles consideran imprescindibles para poder seguir viviendo solo?
6. **¿Qué profesional tiene de referencia para asesorarse en los cuidados?** ¿Qué dificultad encuentra en la realización del cuidado? ¿Con quién se asesoran para realizarlos?
7. **¿Hasta cuándo consideran que la persona mayor continuará viviendo sola?** ¿Cuál de las cuestiones relacionadas con la edad creen que dificultan o favorecen su permanencia en el domicilio? Desde su punto de vista, ¿Hasta cuándo cree que su familiar puede seguir viviendo solo?
8. **¿Con qué frecuencia y en qué casos se replantean que la persona mayor continúe viviendo solo?** ¿Cuáles son los aspectos que les preocupan y cuales los que les dan seguridad?

1. Al inicio del GD los participantes se presentan y explican brevemente la relación que tienen con la persona mayor que vive sola.

ANEXO 6

VARIABLES DE SEGMENTACIÓN. PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS

MUJER	Nivel de autonomía ¹	Estudios ²	Red sociofamiliar ³
E 14	Autónoma	Arte	Si
E 8	Autónoma	Filosofía y Letras	Escasa
E 3	Autónoma	Estudios básicos	Si
E 2	Autónoma	Estudios básicos	Escasa
E 5	No autónoma	Arte	Si
E 11	No autónoma	Ciencias	Escasa
E 10	No autónoma	Estudios básicos	Si
E 1	No autónoma	Estudios básicos	Escasa

HOMBRE	Nivel de autonomía	Estudios	Red sociofamiliar
E 9	Autónomo	Ciencias	Si
E 13	Autónomo	Teología	Escasa
E 4	Autónomo	Estudios básicos	Si
E 16	Autónomo	Estudios básicos	Escasa
E 12	No autónomo	Estudios Militares	Si
E 7	No autónomo	Humanidades, Filosofía y Teología	Escasa
E 15	No autónomo	Estudios básicos	Si
E 6	No autónomo	Estudios básicos	Escasa

1. Se ha considerado autónomo las puntuaciones de Lawton y Brody igual a 8 y no autónomo el resto.

2. El nivel educativo se ha separado en dos perfiles, haber accedido a estudios superiores o no; incluyendo este último apartado, estudios básicos y medios.

3. Se ha considerado con red sociofamiliar, disponer de personas en su entorno con quien contar en caso de necesitar ayuda. El resto se ha considerado, red sociofamiliar escasa.

ANEXO 7

PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS. PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS

(E 1). Mujer. No autónoma (Lawton y Brody 1) Estudios básicos. Red sociofamiliar escasa. 85 años. Viuda. Hace 20 años que vive sola. Ama de casa. Vive en una casa de dos alturas (al piso de arriba no puede subir); tampoco puede salir al patio. Viene una trabajadora familiar (de lunes a viernes) para la higiene. Necesita ayuda para levantarse de la cama. Durante la noche queda sola en la casa (utiliza pañal porque no puede moverse). Tiene solicitada residencia pero su familia no está de acuerdo. Está pendiente de valoración de su grado de dependencia.

(E 2). Mujer. Autónoma. Estudios básicos. Escasa red sociofamiliar. 81 años. Vive sola hace 9 años. Viuda. Ama de casa. Muy unida a una amiga que es vecina.

(E 3). Mujer. Autónoma. Estudios básicos. Dispone de red sociofamiliar pero considera que no necesita ayuda. 83 años. Hace 20 años que vive sola. Viuda. Ama de casa y agricultora.

(E 4). Hombre. Autónomo. Estudios básicos. Con red sociofamiliar. 76 años. Vive solo hace 15 años. Viudo, con pareja estable sin convivir en la misma casa. Las tareas de la casa las hace él. Carpintero. No ha hecho adaptación en la vivienda ni lo considera necesario. Tiene una rutina diaria de actividades, encuentros y llamadas teléfono.

(E 5). Mujer, No autónoma (Lawton y Brody 7). Estudios superiores. Con red sociofamiliar. 80 años. Vive sola hace 10 años. Viuda. Trabajó como bailarina. Tiene una persona contratada (menos horas que cuando vivía su marido), para el cuidado de la casa (muchos metros y muy ocupados de muebles y objetos). En el momento de la entrevista está enferma (neumonía), se la ve preocupada pero no ha hecho demanda para estar acompañada.

(E 6). Hombre. No autónomo (Lawton y Brody 2). Estudios básicos. Red sociofamiliar escasa. 86 años. Ha trabajado de empleado. Viudo hace meses (su mujer ha estado 12 años enferma en casa). Dispone de ayuda para el mantenimiento del hogar y su higiene.

(E 7). Hombre. No autónomo (Lawton y Brody 3). Estudió Humanidades, Filosofía y Teología. Sacerdote. Escasa red sociofamiliar. 85 años. 14 años

viviendo solo. Problemas de movilidad, casa grande con escaleras. Dispone de ayuda para el mantenimiento del hogar.

(E 8). Mujer, autónoma, estudios superiores. Escasa red sociofamiliar. 89 años. Viuda. Hace 15 años que vive sola. Trabajó de maestra unos años cuando los hijos fueron mayores. Muy activa. Casa grande antigua poco adaptada, la arregla ella con alguna ayuda puntual.

(E 9). Hombre. Autónomo. Estudios superiores. Con red sociofamiliar. 86 años. Viudo. Vive solo hace 11 años. Trabajó en un laboratorio. Disciplinado con sus hábitos: comida, paseos, actividad intelectual. Dispone de ayuda para el mantenimiento del hogar.

(E 10). Mujer. No autónoma (Lawton y Brody 2). Estudios básicos. Con red sociofamiliar. 99 años. Viuda. Ha vivido sola 35 años y con una hija unos meses; en el momento de la entrevista está valorando residencia. Trabajó de niñera hasta que se casó. Casa sin adaptar (escaleras, bañera, bombona de butano). Ella cree que puede seguir viviendo en ella sola.

(E 11). Mujer. No autónoma (Lawton y Brody 6). Estudios superiores. Escasa red sociofamiliar. 83 años. Viuda. Hace 15 años que vive sola. Se ha cambiado de casa para estar más cómoda (adaptada y fácil de mantener). No dispone de ayuda para el cuidado de la casa.

(E 12). Hombre. No autónomo (Lawton y Brody 5). Estudios de militar. Red sociofamiliar numerosa, con distribución de tareas y turnos. 80 años. Monje durante 18 años. Seglar hace 30 años.

(E 13). Hombre. Autónomo. Estudió en el seminario y guía turístico. Escasa red sociofamiliar. 76 años. Separado. Hace 2 años que vive solo. Ha trabajado de guía turístico y como colaborador en prensa escrita. Tiene solicitada residencia. Dispone de ayuda puntual para el cuidado de la casa.

(E 14). Mujer. Autónoma. Estudios superiores. Dispone de red sociofamiliar. 78 años. Se ha quedado viuda dos veces. Ha trabajado como bailarina y actriz hasta que nació su hija. La casa la arregla ella con ayuda puntual de su hija.

(E 15). Hombre. No autónomo (Lawton y Brody 2). Estudios básicos. Dispone de extensa red sociofamiliar. 103 años. Hace 40 años que vive solo. Viudo. Ha trabajado y le gusta seguir haciéndolo de agricultor. Muy activo.

(E 16). Hombre. Autónomo. Estudios básicos. Escasa red sociofamiliar. 78 años. Separado. Vive solo hace 10 años. Ha estado viviendo un tiempo en una residencia y con una hija. Ha sido torero.

ANEXO 8

CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA MANTENERSE EN CASA (ENTREVISTAS DE PERSONES MAYORES)

La casa como espacio de libertad y poder

Para las personas mayores entrevistadas, la casa tiene el valor de ser el espacio donde se ha vivido; es el lugar donde percibe que conserva más poder, control, autorrealización, capacidad de decidir y libertad para planificar lo que se hace o deja de hacer; su casa permite a la persona mayor a pesar de todo, no tener que dar explicaciones y no recibir órdenes.

La vivienda como espacio identitario

Disponer de casa en propiedad en la que poder vivir es un aval, que da seguridad en la vejez.

Presencia de dos actitudes ligadas a la percepción de la vivienda: una tradicional como espacio propio heredado, que ha pertenecido a la familia y debe transmitirse a las siguientes generaciones, con matiz afectivo, inalterable y solo abierto a la familia. Desde esta percepción, las tareas para el mantenimiento del hogar no se delegan.

En otra percepción de la vivienda más actual, los mayores perciben el hogar como espacio físico cómodo, con música y libros, para disfrutar de los recuerdos, impregnado de la modernidad, lo tecnológico; con alusión a lo construido socialmente. Espacio abierto, de intercambio, desde el que entrar y salir. Los mayores con esta percepción de la vivienda, prefieren contratar ayuda para las tareas domésticas.

La preocupación por el futuro en relación al estilo de residencia

Las personas mayores especialmente los más longevos tienen una actitud de vivir el hoy frente a la no existencia de futuro. Actitud, que se hace necesaria para no anticipar las pérdidas y evitar planificar lo venidero. Las personas mayores, conocedoras de que en mayor o menor medida el mañana traerá discapacidad y enfermedad, tiende a vivir el presente. Su percepción del futuro modifica el valor del tiempo, no hay prisa, el ritmo en la vejez es más lento que el del adulto. Después de esta etapa no hay otra.

Soledad residencial como forma de vida

Los hombres y mujeres mayores evitan pensar en los posibles problemas derivados de vivir en soledad (pero para todos es una de sus preocupaciones). La soledad aparece como una situación impuesta y sobrevenida; pero aceptada (con esfuerzo); en estos casos es mayor la preocupación por la disponibilidad de los apoyos de la red sociofamiliar.

La soledad también es percibida como forma de vida, con aspectos positivos en términos de libertad, hasta el punto de preferir no tener que vivir acompañado ni de la familia. Preocupan los problemas que puedan surgir estando en soledad, no la soledad en sí misma.

Diferencias en la actitud en función del género

Reconocimiento entre esa generación de que el género marca diferencias muy importantes en la actividad de vivir en soledad. La persona mayor adopta diferentes posiciones y estrategias (mujer recolectora, hombre cazador). Para los hombres la soledad se hace más difícil ante las actividades de la vida diaria, en el interior de la vivienda. Las mujeres muestran dificultades en las gestiones externas a la vivienda.

Relación entre la construcción personal del concepto de autonomía y la sobrevaloración de sus capacidades

Ser autónomo y, lo que para ellos es lo mismo, poder vivir solos, es visto por los mayores más tradicionales como no necesitar ayuda para la higiene y comida. Las personas mayores tienden a sobrevalorar y exhibir sus capacidades y ocultar sus pérdidas. Consideran las capacidades como inherentes a la persona y relacionadas con supervivencia, y lucha. Si pueden no piden ayuda ni contratan servicios. Presentan tendencia a la aceptación de las situaciones y pereza para hacer cambios.

Para otras personas mayores sus capacidades se relacionan con rasgos intelectuales, derivados de la formación, trabajo realizado, trayectoria de vida y disciplina. Adaptarse a los cambios es parte del éxito del envejecimiento. Si disponen de apoyos, los utilizan.

ANEXO 9

CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA CAMBIOS Y COTIDIANEIDAD EN LA VIDA DOMÉSTICA (ENTREVISTAS DE PERSONES MAYORES)

Las estrategias para mantenerse en casa

En los espacios conocidos se minimizan los riesgos y se identifican los puntos que requieren atención especial; en la casa en la que ha vivido, la persona mayor tiene sensación de seguridad y control, independientemente de las barreras arquitectónicas. Las personas mayores manifiestan una tendencia a disminuir las exigencias en el mantenimiento del hogar y las actividades de la vida diaria, como modo de compensar los cambios de la vejez.

Autocuidado como forma de mantener la soledad residencial

Autocuidado en referencia a las actividades necesarias para comer bien, tomar los fármacos que tiene prescritos y realizar actividad física.

Los mayores más tradicionales prefieren comer lo que ellos cocinan. Las personas mayores de hoy identifican cualidades de los alimentos y justifican su consumo. Prefieren no tener que cocinar.

La actividad física/ocio saludable para los mayores más tradicionales significa pasear. Los mayores más actuales realizan actividad física variada (nadar, gimnasio, bicicleta) además de viajar. Acuden a actividades musicales. Se interesan por los idiomas, tertulias o talleres.

ANEXO 10

CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA CONFIANZA EN LA AYUDA SOCIOFAMILIAR (ENTREVISTAS DE PERSONES MAYORES)

Familia tradicional: cuidado deber moral

La familia tradicional es considerada por las personas mayores, muy en primer lugar el principal apoyo; entre las que viven solas la cercanía física de la familia es importante. En ausencia o no disponibilidad de la familia, determinados vecinos son los siguientes en importancia de la red. Las personas mayores con una concepción tradicional de la familia, consideran que tiene la obligación moral de su cuidado; estos mayores no contemplan la posibilidad de contratar cuidadores externos ni ayuda en las tareas domésticas.

Alternativas del cuidado tradicional

La familia actual adquiere un significado más amplio al considerar también a los amigos, vecinos, pareja de hecho, y otros, como miembros que forman parte de su red. La persona mayor con una concepción actual de familia, considera que para cubrir su necesidad de cuidados cuenta con la solidaridad de la red sociofamiliar y la contratación de servicios. Estos mayores no consideran que cuidar es una obligación familiar.

ANEXO 11

CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS SOCIALES (ENTREVISTAS DE PERSONES MAYORES)

Concepción del equipo de salud

Las personas mayores perciben la asistencia de los profesionales de la salud como puntual y conciben su función básicamente como proveedores de fármacos. No identifican a los gestores del cuidado y no hacen demanda de ayuda para su realización. El familiar tiende a actuar como persona interpuesta en la relación con el equipo, para que la persona mayor tenga que desplazarse menos veces al centro.

Tecnología y productos de apoyo al servicio de las personas

Las personas mayores con frecuencia son dependientes para demostrar que son dependiente. Aunque conocen la existencia de sistemas de ayuda, para mejorar su vida diaria, se sienten incapaces de realizar los complejos trámites de la solicitud; La familia, cuando es más joven y está disponible suele ser quien hace la mayor parte de la burocracia para solicitar la ayuda. De algunos productos o sistemas de apoyo desconocen su existencia, su disponibilidad o tienen ideas erróneas sobre su idoneidad.

Teleasistencia es el recurso más conocido y más utilizado, con percepciones distintas, unas personas mayores consideran que es un dispositivo cómodo y fácil de usar que da seguridad y otras creen que no es tan cómodo y que principalmente da tranquilidad a la familia.

Alternativas a su vivienda

Cuando no puede continuar viviendo en su casa sola, la persona mayor considera dos posibles alternativas: ir a una residencia geriátrica, superando las connotaciones negativas existentes sobre ellas y que ellos comparten o, ir a vivir a casa de un familiar generalmente los hijos. En este último caso, la disponibilidad o no, de espacio en la vivienda para la persona mayor puede determinar tener que establecer rotación con el domicilio de otro cuidador. La disponibilidad o no, de tiempo para acompañar a la persona mayor determina la necesidad de ayuda externa.

ANEXO 12

VARIABLES DE FRAGMENTACIÓN. FAMILIARES DE PERSONES MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS

GD

Género	Estudios ¹
Mujer	Estudios básicos y medios
Mujer	Estudios superiores
Hombre	Estudios básicos y medios
Hombre	Estudios superiores

1. Se ha considerado con estudios superiores a los familiares que accedieron a estudios universitarios. El resto se ha considerado con estudios básicos y medios. A la hora de hacer esta separación no me he limitado a la división administrativa, sino que he tenido en cuenta el contexto social que significa iniciar estudios universitarios o no.

ANEXO 13

PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS. FAMILIARES DE PERSONES MAYORES DE 75 AÑOS QUE VIVEN SOLAS

Mujeres con estudios básicos y medios (GD)

Mujeres de edades entre 33 y 68 años. Con estudios de graduado escolar, bachiller superior y formación profesional. Ejercen profesiones de administrativa, ama de casa, hostelería (en paro), auxiliar de clínica, profesora de yoga y cocinera. Son la persona de referencia de personas mayores con edades comprendidas entre 77 y 99 años. La relación con la persona que cuidan es de madre, tía, amiga, suegra y suegro. La persona mayor lleva viviendo sola entre 3 y 18 años. Consideran que el nivel de autonomía de la persona que atiende puede clasificarse como: bastante dependiente, dependiente parcial, dependiente leve, autónoma, muy autónomo.

Mujeres con estudios universitarios (GD)

Mujeres de edades entre 37 y 58 años. Con estudios de psicología, derecho, pedagogía, filología, enfermería y magisterio. Ejercen profesiones de psicóloga, enfermera, funcionaria de comunidad autónoma, profesora, abogada y asesora lingüística. Son la persona de referencia de personas mayores con edades comprendidas entre 75 y 88 años. La relación con la persona que cuidan es de madre, tía, padre y suegra. La persona mayor lleva viviendo sola entre 3 y 32 años. Consideran que el nivel de autonomía de la persona que atienden puede clasificarse como: alto, necesita ayuda parcial, tiene pérdidas típicas de la edad y tiene síntomas de demencia.

Hombres con estudios básicos y medios (GD)

Hombres de edades entre 38 y 59 años. Con estudios de auxiliar administrativo, formación profesional, bachiller y graduado escolar. Ejercen profesiones de conserje, sector servicios, administrativo, actor, auxiliar de vuelo y diseñador gráfico. Son la persona de referencia de personas mayores con edades comprendidas entre 75 y 87 años. La relación con la persona que cuidan es de madre. La persona mayor lleva viviendo sola entre 6 meses y 24 años. Consideran que el nivel de autonomía de la persona que atiende puede clasificarse como: pluripatología, problemas de movilidad, es dependiente, presenta importante pérdida de peso y dolor, y tiene problemas de visión.

Hombres con estudios universitarios (GD)

Hombres de edades entre 37 y 59 años. Con estudios de música, filosofía, economía, fisioterapia, ingeniería, informática y náutica. Ejercen profesiones de profesor, asesor fiscal, ingeniero industrial, telefonista, electricista y empleado de banco. Son la persona de referencia de personas mayores con edades comprendidas entre 75 y 89 años. La relación con la persona que cuidan es de padre y madre. La persona mayor lleva viviendo sola entre 10 meses y 20 años. Consideran que el nivel de autonomía de la persona que atiende puede clasificarse como: muy autónomo, completamente independiente, independiente, aceptable, tiene problemas de movilidad, dependiente fuera de casa.

ANEXO 14

CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA MANTENERSE EN CASA (GD DE FAMILIARES)

La casa como espacio de libertad y poder

La familia considera que su casa es para las personas mayores el lugar donde más y mejor pueden conservar el nivel de poder que han tenido “siempre han mandado”. Es el espacio donde ellos lo ejercen mejor y más libres se sienten; la familia, en ese espacio de poder en el que la persona mayor convierte la vivienda, tiene dificultad para conseguir la autoridad necesaria para realizar los cuidados y variar así el protagonista del control.

Los cambios necesarios

La familia considera que la persona mayor para poder seguir viviendo sola, necesitan realizar en la vivienda adaptaciones a los cambios producidos por el envejecimiento. Acertar en los cambios que supone la implementación de cuidados (de manera que cumplan los objetivos por los que se hacen) es un reto para las familias. Ellas consideran que negociar es en parte la mejor forma de conseguirlo. Los familiares reconocen que la disminución de libertad está presente en muchos de los cuidados dirigidos a las personas mayores; este aspecto genera importantes dudas a los familiares sobre el momento en que se debe actuar.

Apego a la vivienda

La familia cree que la preferencia de las personas mayores por permanecer el máximo tiempo posible en su casa es la más difícil de modificar; incluso cuando no sean autónomos. La vivienda para ellos tiene el valor de lo vivido y es el espacio donde es mayor su capacidad de decidir lo que hace o decide no hacer.

La familia considera un problema que la persona mayor no identifique su espacio fuera de su casa; al mismo tiempo reconocen la importancia del espacio conocido en el que para las personas mayores “menos es mas” (se sienten mejor en su casa sencilla que en las acomodadas o lujosas de su familia).

La preocupación por el futuro

A los familiares les cuesta más que a los propios mayores reconocer que la vejez es la última etapa de la vida. Ven siempre el futuro como amenaza por lo que pueda pasar; como escenario en el que, para las personas mayores, estar solos cada vez entraña más riesgos y en el que surgen las dudas sobre qué deben hacer y cuando. El futuro para muchos familiares es la certeza de que la persona mayor no podrá vivir sola.

Relación entre autonomía y capacidad para vivir solos

Existen diferencias entre la familia y la persona mayor en relación al concepto de ser autónomo; este hecho justifica el desacuerdo entre lo que percibe que debe hacer el que cuida y lo que cree que puede hacer el que es cuidado.

La familia concibe la autonomía de la persona mayor en relación inversa a su demanda de ayuda: "cuanto menos me necesita mejor está". Algunos familiares tienden a infravalorar las capacidades y a realizar conductas de sobreprotección; otros familiares demuestran más confianza en las capacidades de la persona mayor y tienden a dejar hacer, aun asumiendo ciertos riesgos en algunos casos.

Las estrategias para mantenerse en casa

La adaptación de la vivienda es determinante en la forma como la persona mayor parece que resuelve las dificultades en la vida diaria para satisfacer las necesidades básicas.

En el caso de la presencia de cuidador, el perfil del mismo está directamente vinculado a la forma de mantenerse en la casa; el establecimiento de relación terapéutica en el domicilio, entre la persona mayor y el cuidador familiar o contratado, depende en parte de la edad del cuidador. Para muchos familiares la principal herramienta del cuidado es la experiencia personal, por lo que consideran que la juventud no es un valor para cuidar personas mayores.

ANEXO 15

CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA LOS ASPECTOS DEL CUIDAR (GD DE FAMILIARES)

Red sociofamiliar

A los hijos, generalmente, en su relación con sus padres mayores les cuesta ostentar el poder (necesario para cuidar), pero en algunos casos pueden llegar a normalizar su desautorización. El cuidado aparece entre los familiares como actividad incuestionable; algunos se identifican con el perfil del cuidador tipo, consideran que las mujeres han sido y siguen siendo el mejor cuidador y justifican que, aunque demandan liberarse de algunas tareas, les cuesta perder el control y que su dedicación va más allá que lo que les piden. Otros, aunque mantiene la relación con la familia consideran que cuidar, no es su obligación, es una actividad con límites, que se delega, se supervisa pero no se realiza y que debe ser consensuada entre los potenciales cuidadores.

El cuidado

En una concepción tradicional del cuidado, los familiares se preocupan por la manera en la que, algunas veces, la persona mayor cubre sus necesidades básicas ante lo que justifican posturas cada vez más intervencionistas e incrementan progresivamente las adaptaciones para que la persona mayor continúe activa. Sin embargo, los hombres con estudios superiores (lo que en principio implica una concepción más actual del cuidado) tienden a minimizar la percepción de dificultades y preocupaciones.

El cuidado es entendido como un proceso con etapas a las que hay que ir adaptándose, además de tener que hacer frente a la negación de la persona mayor a reconocerlas. Preocupa que la actividad de cuidar se tenga que aprender observando, usando el sentido común y sin asesoramiento de especialistas (higiene, movilidad o ayuda técnica).

La posición de los familiares frente al trabajo tiene relación directa con el cuidado: conciliar o no, vida laboral y familiar.

Percepción de apoyo en el cuidado

El familiar se siente acompañado o solo en el cuidado cuando tiene o no, con quien compartir actividades y decisiones. Cada vez en más familias se

contrata cuidador con quien compartir las actividades. Entre los cuidadores, independientemente de su relación es importante la existencia de acuerdo respecto a los cuidados y reparto de responsabilidad ante los mismos.

Género de la persona mayor

La familia considera que los hombres mayores están menos capacitados que las mujeres para vivir solos, no por motivos de salud sino culturales. En general las mujeres se adaptan mejor a la soledad residencial y demandan menos atención.

Género del cuidador

Las mujeres cuidadoras tienden a anticiparse en el cuidado y a cansarse. Los hombres y algunas mujeres intervienen más tarde, delegan y contratan servicios. Ante el cuidado, además del género marca diferencias, el nivel de estudios del cuidador. Las mujeres cuidadoras, sienten más que los hombres el peso del deber del cuidado a los hijos y del cuidado a los padres mayores.

La persona mayor hace demandas diferentes en intensidad y tipo de cuidados a los hombres y a las mujeres de la familia.

ANEXO 16

CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS SOCIALES (GD DE FAMILIARES)

Recursos sociosanitarios

Los familiares están expectantes ante el desarrollo de la Ley de la Dependencia. La familia, aunque considera imprescindible la utilización de recursos como parte de la solución a los problemas relacionados con la vejez, cree que son escasos y que están infrautilizados. Esta actitud se debe en parte a la desorientación de las familias ante la falta de coordinación entre los diversos profesionales que les atienden.

Tecnología y productos de apoyo al servicio de las personas

Interés de los familiares en incorporar las nuevas tecnologías a la vida diaria de las personas mayores. Preocupación por la escasez de productos fabricados teniendo en cuenta las características geriátricas y por la relación entre hacer partícipe a la persona mayor de la tecnología incorporada y el éxito de la implementación.

Alternativas a su vivienda

La opinión de los familiares sobre las residencias geriátricas, al igual que entre la población general es negativa. La información sobre ellas en los medios de comunicación no mejora la percepción que las familias tienen de ellas, como herederas de los antiguos asilos. Sin embargo que la persona mayor viva en una residencia geriátrica, es considerado una buena opción entre los familiares que tiene dificultades para conciliar la vida laboral y familia.

